BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE, CHIRURGICALE

OBSTETRICALE ET PHARMACEUTIQUE

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 142.6.96

FONDÉ PAR
MIQUEL
1831.

BULLETIN GÉNÉRAL

CONTINUÉ PAR
DUJARDIN-BEAUMETZ
1873-1895.

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE, CHIRURGICALE, OBSTÉTRICALE ET PHARMACEUTIQUE

DIRECTEUR SCIENTIFIQUE

ALBERT ROBIN

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

COMITÉ DE RÉDACTION

H. HALLOPEAU
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

G. BOUILLY
Chirurgien de l'hôpital Cochin
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine.

F. HEIM
Professeur agrégé d'histoire naturelle médicale
à la Faculté de médecine de Paris,
Docteur ès sciences.

RÉDACTEUR EN CHEF

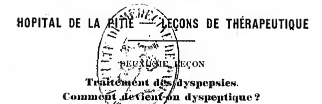
G. BARDET

ASSISTANT DE THÉRAPEUTIQUE A L'HÔPITAL DE LA PITIÉ
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

TOME CENT TRENTIÈME

PARIS
OCTAVE DOIN, ADMINISTRATEUR-GÉRANT
PLACE DE L'ODÉON, 8

1896



HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

DEUXIÈME LEÇON

Traitement des dyspepsies. Comment devient-on dyspeptique ?

Relation des dyspepsies avec les diverses maladies (1). — Réactions des troubles gastriques sur les autres organes. — Déductions thérapeutiques.

Par M. ALBERT ROBIN,
De l'Académie de médecine.

Après les développements dans lesquels je suis entré dans ma première leçon, nous pouvons aborder dès aujourd'hui l'étude générale des dyspepsies.

Et d'abord, définissons la dyspepsie et voyons dans quelles conditions on devient dyspeptique ?

Dans les auteurs, vous trouverez pour répondre à la première question une quantité innombrable de définitions, toutes plus ou moins défectueuses d'ailleurs : aussi, vous proposerai-je d'y substituer la proposition suivante : « Il y a dyspepsie, quand il y a trouble quelconque de la digestion gastrique. »

Or, comme il n'existe pas, ainsi que nous le verrons, d'affection stomacale qui ne soit accompagnée de troubles de la fonction de l'organe, nous pouvons dire dès maintenant, que le mot *dyspepsie* résume toute la pathologie gastrique, comme son traitement en résume presque toute la thérapeutique.

Mais, ainsi que je l'ai montré dans notre première leçon, les dyspepsies, envisagées dans leurs rapports avec les autres maladies, sont *primitives* ou *symptomatiques* d'une affection générale ou d'une affection locale.

(1) Leçon recueillie par M. le Dr G. Baudouin.

Donc, deux grandes catégories de dyspepsies :

1° *Dyspepsies idiopathiques;*

2° *Dyspepsies secondaires* ou *symptomatiques*, c'est-à dire liées, soit à une affection générale diathésique ou infectieuse, soit à une affection de l'estomac ou d'un organe en rapport avec ce dernier.

Avant d'en entreprendre l'étude et la classification cliniques, nous procéderons à l'examen de leurs causes, la connaissance de l'étiologie ayant une portée décisive, par fois immédiate, au point de vue de la thérapeutique.

A. — Dyspepsies idiopathiques.

Etudions d'abord les dyspepsies dites *primitives*.

On devient dyspeptique sous l'influence de causes très différentes :

1° Vices de l'alimentation;

2° Troubles de l'innervation gastrique;

3° Actions mécaniques exercées sur l'estomac;

4° Actions médicamenteuses;

5° Professions;

6° Conditions climatériques.

1° *Les vices de l'alimentation* comportent : *a*, la manière de prendre les repas; *b*, ce qu'on prend; *c*, ce qu'on ne prend pas.

A. — La manière dont on prend les repas a une influence considérable sur le fonctionnement de l'estomac, et vous savez tous combien sont préjudiciables leur irrégularité à tout âge. Les *tétées* mal réglées, cause si fréquente d'atrepsie pour les nouveau-nés, ainsi que l'a montré Parrot; de même, les *mouvements trop brusques* après les repas, qui, en précipitant les contractions de l'estomac, ne permettent pas aux aliments de s'imprégner convenable-

ment du suc gastrique. La *mastication imparfaite* liée au mauvais état des dents a pour conséquence d'épuiser la musculature de l'estomac, créant un état dyspeptique qui s'aggrave rapidement si l'art du dentiste n'y met bon ordre. De là, autant d'indications suivant les cas : exiger la régularité des repas ; recommander le repos momentané après le repas ; chez les enfants, régler les tétées et éviter la surcharge gastrique.

B. — Voyons comment agit ce qu'on prend :

En première ligne, je dois citer l'*excès d'aliments* qui crée la dyspepsie des gros mangeurs. Chez ceux-ci, les glandes de l'estomac surmenées se fatiguent et ont besoin de repos. Aussi devrez-vous, auprès des dyspeptiques, vous enquérir de la quantité d'aliments qu'ils ingèrent.

Les *alimentations exclusives* conduisent aussi à la dyspepsie ; que ce soit le régime carné exclusif, ou le régime végétarien, l'abus des pâtisseries ou des aliments sucrés si fréquent, par exemple, chez les jeunes filles. Vous aurez à supprimer la cause effective et à ramener la malade au régime mixte qui est nécessaire.

L'abus des aliments gras, viandes braisées, sauces, beurre, n'est pas moins défectueux, chaque parcelle alimentaire étant entourée, pendant la cuisson, d'une couche grasse qui entrave l'action du suc gastrique.

L'excès de viande provoque une hypersécrétion gastrique d'abord temporaire, et qui peut, à la longue, devenir continue.

D'autre part, l'abus des légumes entraîne la distension par suite de l'excès des résidus. Il s'accompagne en outre de fermentations anormales avec production d'acide lactique, donnant lieu à ces dyspepsies par fermentation, spécialement observées chez les gros mangeurs de pain.

Certains aliments sont particulièrement générateurs de

dyspepsie : au premier rang figurent les *boissons alcoolisées*, et surtout le *vin*, quand il n'est pas naturel; car, contrairement à certaines doctrines, le vin naturel engendre rarement la dyspepsie. Il en est tout différemment des vins sucrés dans la cuve, des vins alcoolisés après coup et des vins plâtrés. Dans ces derniers, en effet, le sulfate de chaux surajouté se décompose et il se fait du tartrate de chaux qui se précipite et du sulfate de potasse qui reste en solution. A faible dose, le sulfate de potasse est un excitant pour la muqueuse gastrique, mais si le vin en contient plus de 2 grammes par litre, il devient irritant, la dyspepsie est fatale. D'ailleurs, permettez-moi de vous signaler à ce sujet le résultat de mes observations personnelles.

En Bourgogne, pendant longtemps, on entendait rarement parler de dyspepsie : or, il y a une quinzaine d'années, pour occuper les loisirs de mes vacances, j'instituai à Dijon une consultation gratuite à laquelle je n'observai tout d'abord que de rares affections gastriques. Mais à la suite de la destruction de nos vignes par le phylloxera, notre pays fut envahi par les vins plâtrés du Midi. Si bien que de 1887 à 1895, 35 0/0 des malades qui vinrent me consulter étaient des dyspeptiques. N'est-ce pas là une démonstration évidente de l'influence fâcheuse des vins plâtrés?

L'*alcool* est lui aussi extrêmement nuisible : je parle, bien entendu de l'alcool de mauvaise qualité et pris en excès, car un petit verre de bonne eau-de-vie prise après le repas est souvent un excellent stimulant pour les fonctions digestives.

L'abus des condiments est tout aussi fâcheux, et vous ne sauriez trop mettre vos malades en garde contre les préparations acides, le *vinaigre* surtout. Mais comme les hypochlorhydriques recherchent instinctivement les acides, accordez-leur le citron qui n'a pas l'action nuisible du vinaigre.

Vous interdirez, bien entendu, d'une façon absolue le piment et tous les *condiments* de la série du poivre.

C. — Je vous ai dit qu'on devient dyspeptique par *ce qu'on ne prend pas ;* c'est le cas des inanitiés, des vieillards débilités, des malheureux qui, par suite de l'insuffisance de leurs ressources, réduisent leur alimentation. Ces formes de dyspepsie comportent des indications thérapeutiques spéciales : elles sont, d'ailleurs, souvent difficiles à guérir.

D. — A côté de ces dyspepsies par vices de l'alimentation, je dois placer la *dyspepsie des fumeurs*, à ce propos, il faut distinguer les fumeurs qui crachent et ceux qui ne crachent pas, ceux qui fument *avant* et ceux qui fument *après* les repas.

Le fait de cracher amène une déperdition de la salive qui fera défaut au moment où elle serait nécessaire pour transformer les aliments féculents en dextrine, maltose et sucre; d'autre part, en avalant sa salive, le fumeur dilue le suc gastrique et entraîne dans l'estomac les principes du tabac qui ont la propriété de modifier l'activité de l'organe. De là, autant d'indications d'interdire l'usage du tabac avant les repas.

Mais après les repas, les conditions sont bien différentes : si l'action toxique du tabac subsiste, il faut tenir compte aussi de son influence stimulante sur la sécrétion salivaire. Or, on sait qu'en excitant cette sécrétion, on excite en même temps celle du pancréas ainsi que j'ai pu le constater autrefois dans mes expériences sur le jaborandi; de plus, le liquide pancréatique jouit de propriétés analogues à celle de la salive, mais plus étendues, puisqu'il contribue à la digestion des graisses et des substances albuminoïdes. Aussi, si l'on ne parvient à supprimer totalement l'usage du tabac chez les dyspeptiques, du moins ne devra-t-on le leur permettre qu'après les repas.

2° *Dyspepsie par trouble de l'innervation gastrique.* — Ce sont aussi des dyspepsies primitives. — Le système nerveux central dirige l'innervation stomacale, et par suite, la musculature et les sécrétions stomacales. L'estomac ne peut sécréter sans l'intervention du système nerveux ; en un mot, il existe un lien intime entre ce dernier et les fonctions gastriques. Aussi les perturbations nerveuses entraînent-elles toujours des troubles de la sécrétion et des mouvements de l'estomac.

L'épuisement nerveux, les soucis, les chagrins, les préoccupations, les sentiments de jalousie, le travail exagéré, le travail cérébral, surtout après les repas, sont autant de causes de dyspepsie, justifiant cette parole de Tissot :

« L'homme qui pense le plus est celui qui digère le moins. »

Vous recommanderez, en conséquence, à vos dyspeptiques, de supprimer tout travail intellectuel après les repas, d'éviter tout mouvement actif, suivant en cela l'exemple des animaux, qui par instinct, se reposent lorsqu'ils ont mangé. Ces malades, eux aussi, devront à ce moment rester tranquilles, sinon couchés, du moins étendus dans un fauteuil pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure, afin de permettre au système nerveux de concentrer toute son activité sur les fonctions stomacales, pendant que s'accomplira le travail chimique de la digestion. A l'expiration de ce délai, vous recommanderez le mouvement qui favorisera l'expulsion du chyme dans l'intestin.

3° *Dyspepsies d'origine mécanique.* — Non moins importantes que les précédentes.

Chez les femmes, la cause la plus fréquente est l'usage du *corset* dont l'action est facile à comprendre depuis qu'on connaît la véritable direction de l'estomac. Cet organe, en

effet, contrairement aux anciennes descriptions classiques, est dirigé verticalement ainsi que l'ont montré M. Doyen, de Reims, et M. le professeur Tillaux ; la grosse tubérosité est en haut et la petite extrémité répondant au pylore est en bas. Par suite de cette disposition, le corset étrangle l'estomac en deux et lui donne cette disposition en sablier dont M. Doyen nous a montré l'existence chez un grand nombre de femmes, et qui est délibérément analogue aux déformations du foie déterminées par la même cause. D'où l'indication de supprimer délibérément le corset chez les dyspeptiques. Pour les mêmes raisons et par le même mécanisme, la *position penchée* est une cause fréquente de dyspepsie chez les hommes de cabinet, aussi recommanderez-vous à ceux-ci de ne pas travailler après les repas, ou de travailler debout et non dans la position assise et penchée qui comprime l'estomac contre le bord de la table.

4° *Les conditions climatériques* peuvent être causes de dyspepsies : ce sont l'excès de chaleur ou de froid et l'air confiné. L'influence nuisible des trop *grandes chaleurs* est déjà démontrée par l'inappétence et les troubles digestifs, si fréquents dans les pays chauds; on sait bien, d'autre part, combien on est incommodé par le séjour après le repas dans un endroit surchauffé. Nous avons enfin pour contrôler les données précédentes, réalisé l'expérience suivante: un individu, qui s'y prêtait obligeamment, pendant les journées les plus chaudes de l'été dernier, se plaçait après le repas dans une chambre ensoleillée dont la température s'élevait à 38° et 40°; au bout de quelques instants, sa digestion se suspendait. Si, au contraire, il séjournait dans une chambre plus fraîche, la digestion se faisait normalement.

L'air confiné aggrave aussi l'état des dyspeptiques, et il y a urgence de recommander à ces malades les promenades en plein air après le repos qui suit immédiatement le repas.

5° *Dyspepsies d'origine médicamenteuse.* — Bon nombre de dyspepsies ont leur origine dans certaines *actions médicamenteuses*, au premier rang desquelles nous devons citer *l'abus des eaux minérales*. Depuis que le public a été effrayé par les articles de journaux relatifs à la substitution de l'eau de Seine à l'eau de source dans les conduites de la Ville de Paris, l'eau ordinaire a été remplacée sur un grand nombre de tables par des eaux minérales gazeuses et alcalines, celles de Vals et de Vichy entre autres. Ces eaux, grâce à leurs matériaux salins excitent la sécrétion stomacale.

Au début, l'eau minérale n'intervient qu'à titre d'adjuvant pour stimuler l'estomac, mais au bout d'un certain temps, elle devient indispensable; bientôt enfin, elle cède la place au siphon d'eau de Seltz qui produit une excitation plus énergique.

Telle est une cause fréquente des dyspepsies observées dans la population parisienne. A ces malades vous conseillerez avant tout l'usage de l'eau pure, seule boisson qui leur convienne.

Mais il y a encore bien d'autres dyspepsies « *ab ingestis* » parmi lesquelles viennent d'abord celles qu'on observe si souvent chez les Russes et les Anglais, dyspepsies par *l'abus du thé*, boisson excitante par excellence, que l'on prend à jeun, aux repas et dans leurs intervalles.

L'usage de *certains médicaments* peut aussi conduire à la dyspepsie, tel est le cas pour l'iodure de potassium, la teinture d'iode qui ont une action suspensive sur la sécrétion gastrique. Nous en avons eu un bel exemple dans le service, il y a trois ans, chez une jeune femme qui, dans un but de suicide, avait absorbé une fiole de teinture d'iode. Il n'y eut pas de lésion de l'organe, ainsi que nous permit de le croire le prompt rétablissement de la malade, mais une vraie apepsie, une insuffisance totale de l'es-

tomac que nous constatâmes chimiquement et qui dura environ trois semaines. Si vous prescrivez ce médicament, vous recommanderez de le prendre aux repas afin d'éviter son action directe sur l'estomac. Il en est de même du cubèbe, du copahu, du santal, de l'arsenic qui sont mieux supportés lorsqu'on les administre au moment des repas.

6° *Les dyspepsies dites professionnelles* relèvent de causes très différentes suivant qu'elles sont liées à l'absorption de poussières (dyspepsie des ouvriers qui travaillent le coton, la laine, le charbon), ou à l'absorption des vapeurs de phosphore. Cette dernière variété constitue une forme spéciale dans laquelle la proportion des matières organiques digérées est très faible. D'après les recherches que nous avons faites avec M. Magitot, l'assimilation des matériaux organiques subit dans cette dyspepsie une diminution qui permet de reconnaître le phosphorisme dès son début.

A côté des précédentes doivent naturellement prendre place les dyspepsies dues à l'action de certains produits chimiques, tels que le sulfure de carbone employé dans la préparation du caoutchouc.

A ce groupe des dyspepsies dites professionnelles appartiennent encore celles qui relèvent de l'usage de la machine à coudre, du sédentarisme (dyspepsie des hommes de bureau) et du surmenage.

B. — DYSPEPSIES SECONDAIRES

1° *Dyspepsies symptomatiques des maladies de l'estomac.* — Toute affection gastrique s'accompagne de dyspepsie, qu'il s'agisse de gastrite chronique, de catarrhe gastrique, d'ulcère, de cancer, de dilatation, etc. Le plus souvent même, sauf pour le cancer, c'est par la dyspepsie que ces affections débutent : le trouble fonctionnel devenant permanent

engendre, soit par la suppression, soit par l'exagération de l'activité de l'organe, les lésions matérielles qui, à leur tour, dans la suite, entretiennent le trouble de la fonction, de sorte qu'en réalité la dyspepsie commence et finit l'histoire des maladies de l'estomac.

2° *Relations pathologiques du foie et de l'intestin avec l'estomac. Dyspepsies hépatiques et intestinales.* — Il existe, en outre, des relations évidentes entre certaines dyspepsies et les affections des organes qui sont en rapport direct fonctionnel, nerveux ou circulatoire avec l'estomac; le foie, par exemple, lui est si intimement lié à ces différents points de vue, qu'il ne saurait être altéré sans qu'il y ait retentissement sur la digestion gastrique.

Ceci est tellement vrai, qu'en présence d'un trouble gastrique quelconque, lorsque vous en chercherez le point de départ et que vous trouverez des symptômes hépatiques, vous vous demanderez lequel des deux organes a été atteint le premier ; recherche parfois des plus difficiles et dont la solution ne peut être donnée par la théorie, mais seulement par l'examen direct du malade.

Vous savez, en effet, combien on trouve fréquemment associées la gastrite chronique et la cirrhose ; le cancer gastrique propagé au foie et le cancer hépatique propagé à l'estomac sont monnaie courante, montrant déjà bien l'influence réciproque des deux organes connexes l'un sur l'autre.

Voici à ce propos une autre série de faits non moins démonstratifs; je veux parler de la *dyspepsie des lithiasiques biliaires ;*

A. Il n'y a pour ainsi dire pas de lithiase biliaire sans troubles gastriques, sans dyspepsie chronique ;

B. Il n'y a pas de lithiasique qui n'ait, au moment de ses crises, d'accès aigu de dyspepsie ;

C. Un grand nombre de lithiases biliaires voient leur attaque précédée par une atteinte de dyspepsie aiguë, ordinairement caractérisée par des symptômes d'hyperchlorhydrie.

Par quel mécanisme se fait ce retentissement? — Probablement par l'action du système nerveux.

Il y a quelques années, M. Deguéret, un de mes internes, a fait sous ma direction une thèse dans laquelle il s'est attaché à démontrer l'influence de l'estomac sur le foie ; vers la même époque, M. Boix, élève de M. Hanot, faisait paraître une étude du foie chez les dyspeptiques. Or, entre ces deux travaux il y a de grandes différences (c'est ce qui est resté théorique) et de grandes ressemblances (c'est ce qui a été vu). La question de théorie est secondaire, mais ce qui est bien plus important, ce sont les faits qui subsistent ; à savoir que les troubles hépatiques sont très fréquents chez les dyspeptiques.

Ces troubles hépatiques sont de deux variétés :

A. Phénomènes congestifs, augmentation de volume, suivant dans leurs variations celles mêmes de la dyspepsie.

B. Troubles de la fonction hépatique se traduisant par des altérations profondes qui aboutissent à la cirrhose.

Budd, déjà, il y a quarante ans, a montré l'influence des troubles digestifs sur la cirrhose qu'il attribuait à l'abus des aliments irritants. Sa théorie reproduite par Trousseau dans ses cliniques sur la cirrhose redevient classique après avoir été oubliée. Donc, troubles fonctionnels du foie au début de la dyspepsie, troubles matériels à la fin de la dyspepsie. Mais que la cirrhose vienne de toxines stomacales, comme le veut la théorie d'Hanot, ou d'acides irritants et de surmenage fonctionnels, suivant la mienne, cela importe peu en réalité, puisque les résultats sont les mêmes.

Entre l'estomac d'une part, l'intestin et le pancréas

d'autre part, il existe des relations aussi intimes qu'avec le foie et qui ont été étudiées d'une façon remarquable par M. Hanot dans son rapport au Congrès de médecine de Bordeaux. Il n'y a pas, en effet, d'affection stomacale qui ne réagisse sur l'intestin et, réciproquement, pas d'affection de l'intestin qui ne retentisse sur l'estomac.

Toutes les fois qu'il y a hypersthénie gastrique, il y a insuffisance intestinale; lorsqu'au contraire, il y a insuffisance gastrique, il y a suractivité intestinale : véritable phénomène de suppléance réciproque entre les deux organes, dont la première conséquence est qu'une défaillance de l'intestin peut révéler une altération stomacale latente et qui conduit, en outre, à des indications thérapeutiques immédiates.

Chez tous les dyspeptiques, en effet, vous devez surveiller les fonctions intestinales, en même temps qu'il y aura urgence à explorer directement l'intestin.

Ces notions montrent combien l'étude de l'étiologie occupe une place importante dans la pathologie et la thérapeutique des dyspepsies. Nous compléterons cet exposé dans les prochaines leçons.

GYNÉCOLOGIE

Injections vaginales et rectales,

Par le Dr Auvard,

Accoucheur des hôpitaux,
Ex-professeur adjoint de la Maternité.

Les injections vaginales et rectales, ces dernières étant plus volontiers désignées sous le nom de lavements, sont, en gynécologie, de prescription courante.

Bien prises, elles donnent d'excellents résultats, mais mal faites, elles sont inutiles, parfois même nuisibles.

Leur efficacité dépend donc exclusivement de leur mode d'administration.

Or, j'ai été étonné, en interrogeant à cet égard un certain nombre de malades de la façon défectueuse, dont presque toujours les injections sont administrées. Le médecin ne prend pas la peine de donner les explications nécessaires, souvent même il ne connaît pas les détails qu'il aurait à indiquer, de telle sorte que toute cette partie si importante de la thérapeutique gynécologique reste arriérée.

C'est pour remédier à cet état de choses que j'écris l'article actuel, tenant à spécifier tous les détails auxquels j'attache une grande importance, afin que médecins et malades apprennent à les connaître.

1° But recherché.

a. Injection vaginale. — Quand on conseille l'injection vaginale, c'est tantôt dans un simple but hygiénique, par mesure de propreté génitale, tantôt dans un but thérapeutique.

Donc, deux variétés d'injection vaginale :

1° L'une hygiénique ;

2° L'autre thérapeutique.

L'*injection hygiénique* est celle que doit prendre toute femme qui a soin de sa personne.

L'*injection thérapeutique* s'adresse à des organes malades.

Elle a l'un des deux buts suivants :

Soit le contact sur la muqueuse cervico-vaginale, c'est-à-dire sur toute la surface accessible au liquide, de médicaments incorporés au liquide injecté, pour la cautériser, l'aseptiser ou la resserrer.

Soit une influence à la fois mécanique et thermique : — *mécanique* en distendant le vagin comme le ferait un ballon qu'on gonflerait dans son intérieur, de manière à exercer une sorte de *massage* sur les tissus et organes riverains ; — *thermique*, en portant dans le vagin soit de l'eau chaude (45-50°), soit de l'eau froide (0-5°), car ces deux thermalités extrêmes, dont l'action est d'ailleurs identique, amènent une contraction de toutes les fibres lisses vasculaires et autres, et modifient profondément la circulation *pelvi-génitale* au moins pendant le temps de son action.

b. Lavement. — Le *lavement*, ou *injection rectale*, n'a également pas un but uniforme dans les divers cas.

Tantôt il est destiné à réveiller la contraction intestinale et à provoquer une garde-robe, *lavement évacuant ;* c'est le vieux remède classique.

Tantôt il sert de véhicule à des médicaments qui doivent être absorbés par la muqueuse rectale, *lavement à garder;* il doit être donné dans des conditions telles qu'il ne provoque pas de selle et qu'il soit lui-même toléré.

Tantôt, enfin, le lavement est *thermo-mécanique*, analogue à l'injection vaginale de même nom, le liquide qu'on injecte dans le rectum étant destiné à la fois à agir par sa thermalité et par la distension de cette portion terminale de l'intestin; c'est là un excellent moyen thérapeutique dans certaines inflammations chroniques, notamment dans les salpingo-ovarites anciennes, comprimant plus ou moins le rectum par leur masse inflammatoire.

Voici le but recherché, voyons l'instrumentation :

2° Instrumentation.

a. Injection vaginale. — D'un bloc j'élimine, pour les injections, tous les appareils à pompe, dits *système amé-*

ricain ou analogues ; ils ne valent rien, d'abord parce que leur complication empêche leur asepsie ; puis parce qu'ils injectent de l'air avec le liquide ; enfin, parce qu'ils sont tous fort impropres à certains usages, notamment à l'injection thermo-mécanique ; nous comprendrons pourquoi quand nous aurons vu le mode d'administration de cette injection.

J'élimine aussi les *siphons*, *vide-bouteilles* et autres ap-

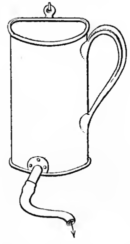


Fig. 1. — Injecteur vaginal cylindrique.

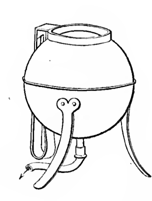


Fig. 2. — Injecteur vaginal sphérique.

pareils du même genre, parce qu'ils sont inférieurs aux appareils que je vais décrire, qui me semblent le mieux satisfaire tous les besoins de la thérapeutique gynécologique.

Examinons successivement :

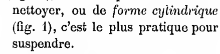
a. L'appareil émetteur ;

b. La canule ;

c. L'appareil récepteur.

1° *Appareil émetteur.*

Il faut un réservoir contenant deux litres ou mieux encore quatre litres de liquide, en *métal émaillé*, qui est préférable au verre (trop fragile) ou au nickel (altéré par certains médicaments, le sublimé par exemple), de *forme sphérique* (fig. 2), c'est le plus commode à nettoyer, ou de *forme cylindrique* (fig. 1), c'est le plus pratique pour suspendre.



Gradué dans l'intérieur, une ligne noire par litre.

Plus l'appareil est simple, meilleur il est, car la simplicité est la mère de l'asepsie. Aussi éliminera-t-on tous les enjolivements et soi-disant perfectionnements, tels qu'addition de thermomètre, ou encore celle d'un tuyau de verre extérieur, pour indiquer le niveau du liquide dans le vase; tout cela est fantaisie malsaine de fabricant.

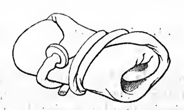


Fig. 3. — Poche-caoutchouc-injecteur.

Fig. 4. — Poche-caoutchouc pliée.

L'appareil en métal émaillé est le meilleur, toutefois pour

les femmes qui désirent voyager, se déplacer, il est encombrant. Pour ces nomades, la *poche-caoutchouc* est préférable (fig. 3) c'est l'*injecteur-nomade* par excellence ; il se roule facilement (fig. 4) et se place sans difficulté dans un coin quelconque de malle. Sa contenance habituelle est de deux litres, on en fait de plus grands, celui de deux litres est le meilleur modèle. Un anse de ficelle permet de le suspendre aisément, et en rend l'usage commode.

2° *Canule.*

La canule est l'introducteur du liquide dans la cavité naturelle, le vagin dans le cas actuel.

La forme de la canule varie suivant le but qu'on se propose.

Pour l'injection hygiénique, c'est-à-dire le simple nettoyage du vagin, un tube rigide, bien mousse à son extrémitée d'un longueur de 15 centimètres, est le meilleur appareil (fig. 5).

Fig. 5. — Canule vaginale métallique.

Il faut, avant tout, qu'il soit facile à nettoyer, et que son extrémité libre soit disposée de telle sorte qu'elle divise ou éparpille le jet du liquide, afin qu'il ne vienne pas heurter le col de l'utérus avec trop de force.

Les trois substances les plus communément employées pour la fabrication de ces canules sont : le caoutchouc, le verre, le métal.

Le verre a l'inconvénient de se casser trop facilement.

Le caoutchouc soit rigide, soit demi rigide est, surtout quand il est demi-rigide, agréable à la femme ; son introduction est en effet moins pénible que celle d'un corps dur, et

la femme a moins peur de se blesser. Mais il est difficile à nettoyer, les canules en caoutchouc sont de véritables repaires de microbes, et cette considération doit les faire éliminer.

La canule métallique est donc la meilleure. Je donne la préférence à celle représentée par la figure 5.

Cette canule est facile à nettoyer, il suffit de la mettre pendant une demi-heure dans l'eau bouillante, ou de la flamber sur la flamme d'une lampe à alcool, et l'on est sûr de son asepsie.

Le métal est dur il est vrai, mais, manié par une main douce, il ne saurait heurter désagréablement les parois vaginales; d'autre part les dangers de blessures sont tout à fait illusoires.

Pour l'injection thérapeutique la canule précédente ne saurait suffire.

Quel que soit en effet le but thérapeutique qu'on vise : — soit contact de médicament sur la muqueuse vaginale et cervicale, — soit distension mécanique du vagin, — soit influence thermique chaude ou froide sur la paroi vaginale, l'utérus et les tissus avoisinants — ce qu'il faut, c'est distendre le vagin, le gonfler avec le liquide injecté comme on le ferait pour un ballon de caoutchouc, car cette distension, étalant la muqueuse vaginale, l'expose au contact du médicament, et d'autre part elle agit mécaniquement sur les organes et tissus du voisinage, d'autant mieux qu'elle est plus complète; enfin plus le vagin sera distendu, plus la température chaude ou froide du liquide, qu'il contient, se fera sentir dans la zone avoisinante.

Donc *bien distendre le vagin ;* pour le *ballonner*, il faut une canule spéciale qui permette de régler l'entrée et la sortie de liquide, *une canule régulatrice.*

Cette canule régulatrice, faite soit en métal, soit en faïence, se compose (fig. 6) d'un *obturateur vulvaire,* sorte de disque ovale légèrement conique sur sa face vaginale,

de manière à s'enfoncer par cette pointe dans l'orifice vulvo-vaginal. Il est traversé par deux canules, fusion-

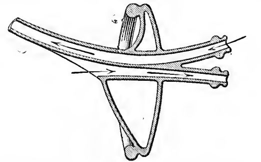


Fig. 6. — Canule vaginale régulatrice (coupe).

nées, dont l'une est destinée à verser le liquide dans le vagin et l'autre à le ramener au dehors (fig. 6).

Les détails de la construction sont suffisamment

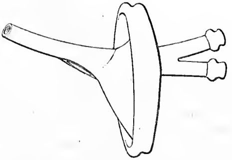


Fig. 7. — Canule vaginale régulatrice (profil).

expliqués par les deux figures ci-jointes 6 et 7; toute description plus complète me semble inutile.

Cette sonde s'introduit dans le vagin par son bout le

plus long, l'obturateur est appliqué sur la vulve et y est maintenu soit par la pression de la main, soit à l'aide du bandage en T analogue à celui représenté par la figure 8.

La figure 9 permettra de comprendre facilement le mode d'usage de la canule régulatrice.

Sur cette figure on voit la canule en place, mainte-

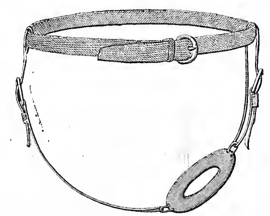


Fig. 8. — Appareil fixateur de la canule régulatrice vaginale.

nue appliquée contre la vulve par le bandage fixateur. Les deux tubes d'arrivée et de sortie du liquide sont dessinés dans une petite portion de leur longueur.

Pour que l'injection réalise le but qu'on se propose, il faut que le liquide distende bien complètement le vagin, ainsi que le montre la figure 9. Cette distension se produira, si l'appareil étant bien appliqué contre la vulve, de manière à en obstruer exactement l'orifice, la sortie du liquide s'effectue avec moins de facilité que la pénétration. La distension du vagin sera proportionnelle à la différence qui existe entre la faci-

lité de pénétration du liquide et la difficulté de sa sortie. Nous verrons ultérieurement, à propos du mode d'administration de l'injection, comment la femme doit régler elle-même l'entrée et la sortie du liquide pour arriver à ce résultat.

3° *Appareil récepteur*

L'appareil récepteur du liquide injecté variera sui-

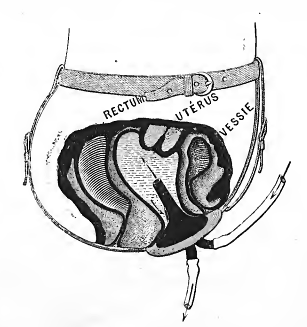


Fig. 9. — Canule vaginale régulatrice en place et maintenue par son appareil fixateur.

vant que la femme prend l'injection *accroupie*, *assise* ou *couchée*.

Accroupie, la femme peut se servir d'une cuvette quelconque.

Assise, elle placera sous le siège un imperméable qui tombe dans un seau, de manière à y conduire le liquide. Le dispositif est d'ailleurs le même, si la femme est couchée en travers de son lit, chaque pied sur une chaise, et la tête soulevée par un ou plusieurs oreillers, *position demi-assise*, qu'on emploie volontiers pour les grands lavages des suites de couches.

Couchée. La femme étant couchée dans sa position naturelle, on glisse sous le siège légèrement soulevé un bassin soit le bassin ovale, ou cuvette de bidet en faïence ou mieux en métal émaillé (fig. 10).

Soit le bassin obliqué encore appelé *bassin sabot, bassin*

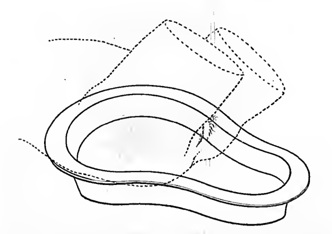


Fig. 10. — Cuvette ovale, forme bidet.

pantoufle, *slipper-bed-pan* (fig. 11), à cause de sa forme, qui pour les femmes lourdes est plus commode que le pré-

cédent, mais qui a l'inconvénient de contenir une moindre quantité de liquide.

On pare à ce dernier défaut en adaptant à ce vase un tuyau, qui se fixe à un ajustage préparé à cet effet, et qui sort du lit pour tomber dans un seau, de manière à déverser hors du lit le liquide qui fait trop-

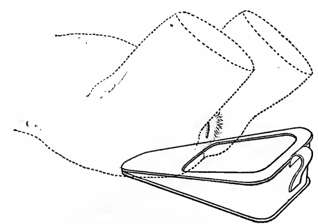


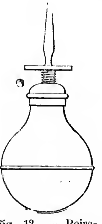
Fig. 11. — Cuvette oblique, forme sabot.

plein. Ce perfectionnement est nécessaire pour le cas où l'on veut donner des irrigations, c'est-à-dire des injections de plus de deux litres. D'une façon générale je le trouve peu commode, car la plupart du temps le tuyau se coude et fonctionne mal. Quand on veut donner des irrigations, mieux vaut placer la femme en travers du lit, avec imperméable sous le siège tombant dans un seau, ainsi qu'il a été indiqué pour la position assise.

b. Lavements. — Examinons maintenant l'instrumentation nécessaire pour les *injections rectales* ou *lavements.*

Pour le simple *lavement évacuant*, on n'a encore rien fait de mieux, ni de plus pratique que le vulgaire *Eguisier*. Je me dispense d'insister, tout le monde le connaît. — On a bien essayé de lui substituer le simple injecteur vaginal, en lui adaptant une canule appropriée, mais la pression du liquide n'est pas suffisante et quand le rectum est encombré de matières, le lavement ne peut être donné avec cet appareil. Restons-en donc à l'Eguisier.

Pour les *lavements à garder*, qui servent de véhicule à des médicaments dont on désire l'absorption, on se sert aussi de l'Eguisier. — Mais il a ici un sérieux inconvénient, c'est qu'une partie du liquide du lavement reste dans le tuyau, ou même dans l'appareil, quand la soupape ne fonctionne pas très exactement, de telle sorte qu'on est mal fixé sur la dose du médicament qui a été introduit dans le rectum. Or, pour ne parler que du laudanum et du chloral, qui sont peut-être les deux médicaments qu'on administre le plus souvent par la voie rectale, on comprend combien cette incertitude est gênante; quand on a mis 20 gouttes de laudanum dans le lavement, on aimerait à savoir exactement si ces 20 gouttes ont été injectées ou, au contraire, s'il n'y en a eu que les 3/4 ou les 2/3.


Fig. 12. — Poire-caoutchouc à lavements.

Afin de parer à ces inconvénients, on se sert d'une poire en caoutchouc avec canule en ivoire (fig. 12). La poire est remplie, en détachant la canule, du liquide et du médicament à injecter ; la canule est remise en place, introduite graissée dans l'anus, et on presse sur la poire, de manière à l'aplatir complètement pour en évacuer totalement le contenu. —

C'est jusqu'à présent l'appareil le plus commode, le plus simple et le plus précis pour l'administration des lavements médicamenteux.

Les *lavements thermo-mécaniques* nécessitent une ins-

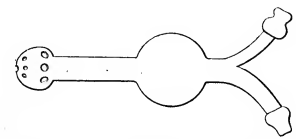


Fig. 13. — Canule rectale régulatrice ou à double courant.

trumentation plus compliquée; ils exigent l'emploi d'une canule à double courant. Je conseille l'usage de la canule représentée par la figure 13, dont la figure 14 explique sur

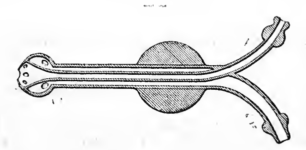


Fig. 14. — Coupe de la canule rectale régulatrice, montrant le double courant intérieur.

une coupe le dispositif intérieur. Les deux petites sphères, qui sont à chaque extrémité du canal anal, maintiennent

l'instrument alors qu'il est appliqué, afin qu'il ne pénètre pas trop loin ou qu'il ne sorte pas. Dans le cas où le sphincter anal ne présente pas une tonicité suffisante pour le maintenir en place, on le fixe à l'aide d'un bandage en T, analogue à celui employé pour la *canule vaginale régulatrice* (fig. 8). Cette *canule rectale régulatrice* offre la plus grande analogie avec la canule vaginale du même nom; elle permet l'injection rectale exactement dans les mêmes conditions que l'injection vaginale; si sa forme diffère, c'est uniquement parce que la conformation de l'anus est autre que celle de la vulve et nécessite une adaptation différente. L'appareil émetteur et récepteur de liquide pour cette injection rectale sera le même que pour l'injection vaginale; nous verrons leur fonctionnement à propos du mode d'administration.

(A suivre.)

HYGIÈNE

Le traitement de l'alcoolisme et la liberté individuelle,

Par le Dr E. Marandon de Montyel,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

On paraît avoir fini par comprendre, en France, les grands dangers auxquels nous expose l'alcoolisme sans cesse croissant de toutes les classes de la société, de celles qui se délectent de champagne comme de celles qui s'abreuvent de trois-six. Une campagne vigoureuse est entamée, non pas seulement par les particuliers, mais aussi par les pouvoirs publics, qui se sont enfin émus; mieux vaut tard

que jamais. Tandis que depuis longtemps autour de nous, à l'étranger, la guerre était déclarée et vigoureusement menée contre le fléau, nous ne nous contentions pas de le laisser se développer, nous aidions à son extension par des mesures comme la liberté illimitée des cabarets et le rétablissement du privilège des bouilleurs de crus, et si nous décrétions une loi contre les ivrognes et les cabaretiers trop complaisants, nous avions grand soin de ne pas l'appliquer. Puisqu'on est décidé à agir, au Parlement il appartient par une sévère législation sur le régime des boissons, d'arrêter les progrès du mal ; ce qu'il importe en effet, c'est moins de guérir l'alcoolisme que de l'empêcher de naître. Les Chambres sont saisies précisément d'un projet dans ce sens qu'en ce moment même elles discutent; puissent-elles nous doter de moyens appropriés au mal qu'il s'agit d'enrayer. Mais dans ce journal, exclusivement consacré à la thérapeutique, nous n'avons pas à nous occuper de ce côté de la question ; nous n'avons à envisager que le traitement de l'ivrognerie, qu'à rechercher les meilleurs moyens de guérir l'intoxication quand elle s'est produite. Problème important lui aussi, car, même avec une législation sévère et parfaite, il y aura toujours, de par notre pays, un certain nombre de buveurs à soigner. Aussi, tandis que les pouvoirs publics se sont mis en campagne, cherchant à prévenir l'alcoolisme, les médecins de leur côté se sont mis à l'œuvre pour découvrir les meilleurs moyens de déraciner chez les ivrognes leur passion ou leur habitude de boire et pour les appliquer. Ces moyens, ils les ont trouvés, mais à les appliquer ils se heurtent à une grosse difficulté : *Le traitement de l'alcoolisme est impossible sans porter atteinte à la liberté individuelle.* Telle est la très grave question que je voudrais examiner dans cet article que m'incite à écrire un intéressant mémoire paru ces jours-ci dans la *Revue d'Assistance* sous la signature d'un

savant magistrat honoraire de la Cour d'appel de Paris, de M. Ch. Muteau.

I

Pour se convaincre qu'il est impossible de guérir l'ivrogne sans attenter à sa liberté individuelle, il suffit de considérer quelle est la thérapeutique de l'ivrognerie. Elle est une, c'est l'*abstinence forcée et prolongée de tout alcool sous quelque forme que ce soit*. Il y a trois choses dans cette formule : l'abstinence, la durée, la contrainte. Examinons-les.

L'abstinence de l'alcool guérit la passion de boire, comme l'abstinence de la morphine guérit la morphinomanie, comme, d'une manière générale, l'abstinence d'un poison quelconque auquel on s'est adonné guérit l'appétence toxique que son usage a développée ; il n'y a donc là rien d'exceptionnel. Que l'abstinence de tout alcool soit réellement le remède de l'ivrognerie, il n'y a pas non plus à en douter, d'après l'expérience réalisée depuis une quarantaine d'années dans des pays très divers, en Angleterre, en Allemagne, en Amérique, en Suisse, dont les habitants sont si différents sous tous les rapports. Dans notre mémoire sur la *Cure des buveurs* que publièrent en décembre dernier les *Annales Médico-Psychologiques*, nous avons rapporté en détail les statistiques de MM. Turner, fondateur de la méthode, Day, Masona, Crothers, Hirsch, Vormann et Forel, statistiques formant ensemble un total de *douze mille soixante-sept alcooliques* qui ont été suivis de *cinq à dix ans* après avoir suivi le traitement, sur lesquels 46.0/0, c'est-à-dire *cinq mille cinq cent cinquante* ont cessé d'être des ivrognes pour devenir, même les trois quarts, des *abstinents*, c'est-à-dire des *buveurs d'eau, de sirops et de limonades*.

On est donc aujourd'hui parfaitement autorisé à déclarer

que l'abstinence forcée guérit au moins un buveur sur trois. Si elle n'en guérit pas davantage, si elle ne débarrasse pas la presque totalité des ivrognes de leur passion, ne comptant qu'un tiers de succès, alors qu'elle corrige un nombre bien plus considérable de morphinomanes, de cocaïnomanes et d'éthéromanes, la raison en est dans ce fait important que ces derniers intoxiqués pour ne pas rechuter n'ont qu'à vivre comme tout le monde, tandis que le buveur guéri et désireux de continuer d'être un abstinent total est forcé d'être une exception dans la société qui l'entoure, de se faire dès lors remarquer, bien plus, de s'exposer aux railleries et aux quolibets des uns et des autres. Si à cela on ajoute que le besoin de boire du vin, de la bière ou du cidre ou quelque autre boisson fermentée aux heures des repas est enraciné en nous par une hérédité séculaire, quand l'appétence à la morphine, à la cocaïne ou à l'éther est une tendance individuelle, sans transmission ancestrale, on comprend combien il est difficile à un malheureux alcoolique de rester un abstinent total et pourquoi il se contente le plus souvent de vouloir être un demi-abstinent, usant, mais n'abusant plus des alcools. Malheureusement, avec la demi-abstinence, la rechute, dans un délai plus ou moins long est certaine pour le buveur. Rien ou tout, il est contraint de choisir. Ici encore, l'expérience de tous les praticiens de tous les pays ne permet pas la moindre illusion. L'alcoolique guéri redevient le vieil ivrogne d'autrefois s'il commence à user d'une bière titrée seulement à 2 0/0 ! Pourquoi ? J'ai cru en trouver l'explication dans les voluptés que l'alcool procure au buveur. Or, les voluptés, ai-je dit, n'ont pas l'habitude de se laisser mettre ainsi en coupe réglée ; quiconque y goûte est contraint de les épuiser jusqu'à la dernière goutte, surtout, ajouterai-je, quand il les a déjà pendant longtemps savourées dans toute leur plénitude. Autant donc la demi-abstinence est facile à qui ne

cherche dans la boisson que l'apaisement agréable de la soif, autant elle est impossible à qui y cherche l'assouvissement d'un désir passionnel. De celui-ci il est vrai de dire, modifiant le vers célèbre du poète : c'est Bacchus tout entier à sa proie attaché. L'ivrognerie, pas plus que l'amour, ne s'accommode de demi-mesures.

De cette difficulté d'extirper complètement de l'organisme le besoin transmis par les aïeux de boire les boissons fermentées, des occasions multiples, nées de nos habitudes sociales, qui guettent à sa sortie le buveur guéri, comme des plaisanteries auxquelles l'expose son abstinence, est venue la nécessité de ne le livrer à lui-même et aux tentations de la vie libre qu'après une thérapeutique radicale et prolongée, suffisamment prolongée pour effectuer cette extirpation difficile, rendre l'ivrogne capable de triompher des occasions et de n'avoir aucun respect humain. La thérapeuthique de l'alcoolisme comprend ainsi forcément une question de *durée* d'une importance capitale, qui est la seconde des trois choses contenues dans notre formule, et cette durée compte pour le moins des mois. *Un semestre au minimum* est nécessaire, avant que l'ivrogne puisse songer à circuler dans la société. J'ai dit au minimum, car dans l'immense majorité des cas, *une année de traitement* n'a rien d'excessif. Qu'on interroge sur ce point les médecins adonnés depuis longtemps à cette cure spéciale et tous répondront que le nombre des rechutes est toujours et partout en raison inverse de la durée de l'abstinence forcée, car les faits permettent d'avancer que, si les guérisons sont seulement d'un tiers avec un isolement de six à neuf mois, elles s'élèvent à 50 0/0 quand celui-ci est d'un an et au-dessus. Sans réplique, la question est jugée.

Et alors apparaît le troisième terme de notre formule : la *contrainte*. Croire, en effet, que l'alcoolique acceptera volontairement de se retirer du monde durant *un semestre au moins*,

serait se leurrer d'une vaine espérance. Certains diront sans doute oui, au début, surtout s'ils ont eu une crise délirante ou d'ivresse un peu vive, au cours de laquelle ils se sont laissé aller à des actes qui les ont mis aux prises avec les magistrats, mais je doute qu'il s'en rencontre parmi eux beaucoup restant fidèles à la parole jurée. J'ai été en mesure d'acquérir à cet égard une certaine expérience depuis quinze mois que fonctionne le quartier spécial que j'ai organisé dans mon service de Ville-Evrard pour la cure des buveurs. *C'est qu'on n'a pas seulement à compter avec ceux-ci, mais encore et surtout avec leur famille.* Dans le mémoire que j'ai publié ici-même au commencement de cette année sur le fonctionnement de ce quartier en 1894, j'ai montré qu'en majorité nos alcooliques étaient mariés et pères de famille, avec trois, quatre, cinq et six enfants ; j'en ai même un en ce moment qui en a sept et un autre qui en a neuf ! Or, l'Assistance publique persiste à assimiler aux filles-mères qui abandonnent le fruit de leurs amours coupables, les femmes de ces malades qui lui demandent de se charger de quelques-uns au moins de leurs petits, durant l'isolement de leurs maris : pour celles-là comme pour celles-ci, elle déclare qu'il y a abandon d'enfant. Je n'ai obtenu d'elle aucune concession et, en vain, deux années de suite j'ai supplié le Conseil général de la Seine de remédier à cette situation qui est celle faite, d'ailleurs, à tous les aliénés de ce département et qui, franchement, n'est pas à la gloire de la Ville de Paris, si généreuse d'ordinaire envers le malheureux. L'ivrogne célibataire, lui, n'a certes pas à invoquer pour hâter sa sortie une raison aussi plausible que la misère des siens, mais, voyant partir les autres, il la réclame à son tour avec grande insistance, mettant en avant la perte de sa place, sa situation compromise, ou à défaut, la promesse de quitter Paris pour s'en retourner dans son département. On ne réussira donc à garder les

uns et les autres que par la contrainte ; essayer de les convaincre serait perdre son temps et sa peine. Ainsi se trouve, dès lors, justifié le principe que nous avons posé : *le traitement de l'alcoolisme est impossible sans porter atteinte à la liberté individuelle.*

Ce traitement est, en conséquence, à peu près impossible en France dans l'état actuel de la législation. On parvient encore à éluder la loi en ce qui concerne la morphinomanie, le cocaïnisme et l'éthéromanie dont la thérapeutique est d'assez courte durée et détermine, par la suppression du toxique, surtout si c'est la morphine, des accidents aigus qui enlèvent au patient toute volonté et toute énergie ; il est, par là, contraint de tenir les engagements pris. Il ne saurait en être de même avec l'alcoolique chez lequel les phénomènes d'abstinence sont sans gravité, laissent intacte la volition et dans tous les cas ne durent que quelques jours, alors que la cure complète dure d'un semestre à un an. Etudions à ce point de vue la législation qui nous régit.

Cette législation divise les alcooliques en deux groupes, les délirants et les non délirants. Ces derniers se subdivisent en deux catégories, selon qu'ils ont de l'ivresse simple ou de l'ivresse délictueuse ou criminelle. Cette ivresse n'étant pas, aux termes de la loi, une excuse des délits et des crimes commis, les ivrognes qui s'en sont rendus coupables sont livrés aux tribunaux ou traduits en cour d'assises. Acquittés, ils retournent à leurs habitudes d'intempérance ; condamnés, ils travaillent et peuvent se procurer du vin à la cantine, sinon en quantité suffisante pour s'enivrer, du moins assez pour entretenir en eux l'appétence à boire ; aussi, quel que long que soit leur emprisonnement, il ne sert en rien la cure de l'alcoolisme dont la base, avons-nous dit, est la privation radicale de tout alcool sous quelque forme que ce soit. La seconde catégorie des non délirants n'est passible que de la loi contre l'ivresse, encore faut-il

que celle-ci soit publique et bruyante, mais l'application de cette loi fût-elle rigoureuse, ce qui n'est pas et le devient chaque année de moins en moins, que ce ne sont ni les amendes ni les quelques jours de prison qu'elle édicte qui guériraient l'ivrogne de sa passion. Ceux qui, en la votant, ont cru trouver en elle le remède de l'ivrognerie étaient de bien piètres thérapeutistes en la matière. Comme si la honte d'une condamnation possible est susceptible d'arrêter le buveur que n'arrêtent point les cris de ses petits demandant du pain pour apaiser leur faim ! Quant aux ivrognes non délirants, dont l'ivresse n'est ni publique ni bruyante, qui, après s'être gorgés dans les cabarets, s'en vont titubant et rasant les murs, mais capables encore de ne causer aucun scandale et ne point gêner la circulation, leur droit à la pochardise est sacré ; libres ils sont de s'alcooliser tout à leur aise. A plus forte raison, le peuvent ceux qui restent au coin de leur feu, buvant et s'enivrant sous les yeux de leurs enfants auxquels ils donnent ce scandaleux exemple, quand ils ne les excitent pas à trinquer avec eux.

Il est donc incontestable que la législation en vigueur, même quand elle punit et emprisonne, n'apporte aucun secours à la thérapeutique de l'alcoolisme non délirant. L'alcoolisme délirant est plus favorisé; il bénéficie de la loi de 1838 sur les aliénés. Les ivrognes de cette catégorie sont hospitalisés dans les asiles. Eh bien ! croirait-on qu'on ne s'était pas encore avisé chez nous de mettre à profit cet isolement momentané pour tenter la cure de leur alcoolisme? Que dis-je! Les buveurs de nos établissements non seulement sont les malades qui ont le plus de facilités de boire, mais ils reçoivent un régime plus alcoolisé que les autres. En effet, vite guéris de leur éphémère délire éthylique, ils constituent, étant dès lors sains d'esprit, les meilleurs travailleurs de la maison, auxquels on accorde, dans le but de les utiliser, une liberté dont ils profitent pour se procurer

des boissons fortes et qu'on encourage par une ration supplémentaire... de vin ! Et il en est ainsi dans tous les asiles de France et de Navarre ! Quand je dis dans tous, j'exagère, car depuis avril 1894, sur les conseils de M. Magnan, nous avons centralisé à Ville-Evrard, dans mon service, tous les alcooliques délirants de la Seine et organisé pour eux un quartier spécial de cure des buveurs qui fonctionne régulièrement voilà quinze mois et dont j'ai exposé dans ce recueil, en janvier dernier, l'organisation, le fonctionnement et les résultats déjà obtenus.

Certes, il serait à désirer que dans tous les asiles de notre pays, les alcooliques délirants, qui forment le cinquième ou le sixième au moins de leur population, soient réunis dans une section, soumis à une surveillance étroite qui les mette dans l'impossibilité absolue de se procurer la moindre boisson enivrante et, au lieu de recevoir des rations supplémentaires, pour leur travail, de vin, de bière ou de cidre, astreints à l'abstinence totale de tout alcool. Ces alcooliques sont les seuls dont on puisse, en l'état de notre législation, essayer tout au moins la cure qui n'est ni compliquée ni coûteuse. N'est-il pas vraiment désolant qu'on s'en désintéresse? Est-ce à dire pour cela que les succès seront nombreux? Non, mais on en obtiendra quelques-uns, tandis qu'avec le système actuellement en vigueur l'ivrogne n'a pas à redouter son retour à l'asile où il trouve bon gîte et bon vin. En fait, avant l'ouverture de mon quartier spécial, ils étaient un grand nombre que je voyais revenir régulièrement dès que le travail chômait; il en est de même en province, du moins dans les grandes villes, ainsi que j'ai été en mesure de le constater à Marseille, à Toulouse et à Dijon. Le système actuel, bien loin de détourner l'alcoolique délirant du cabaret, est donc plutôt pour lui un encouragement à persévérer dans ses habitudes vicieuses afin de se garder un refuge agréable pour les mauvais jours.

Je viens de reconnaître que les succès obtenus ne seront pas nombreux : la raison est que si la loi de 1838, en permettant d'isoler dans les asiles d'aliénés le buveur délirant, permet par là d'entreprendre sa cure, elle n'autorise pas à conserver le sujet le temps nécessaire à bien assurer sa guérison. D'après cette loi, tout malade guéri doit être rendu à la liberté; l'obligation est générale; quel que soit le passé des individus, quelles que soient les certitudes de prompte rechute, du moment que l'aliéné a cessé de délirer, les portes de l'établissement doivent s'ouvrir grandes pour le laisser sortir. Or, le délire alcoolique ne dure que quelques jours, souvent vingt-quatre heures, rarement une semaine et la durée du traitement, pour que celui-ci soit efficace, doit être d'un semestre au moins, plutôt même de neuf à douze mois.

On se trouve, dès lors, arrêté et paralysé, sans autre ressource que le bon vouloir des sujets de rester isolés et nous venons de dire que, chez presque tous, ce bon vouloir n'existait pas ou était impossible par raison de famille. Quand M. Ch. Muteau, à propos des ivrognes à hospitaliser dans les asiles de buveurs, dit que s'il ne s'agissait que d'aliénés alcooliques le projet ne pourrait véritablement rencontrer aucune objection, car la loi de 1838, qui ne distingue pas entre les différentes espèces de démence, leur serait évidemment applicable, et que, comme il serait alors très simple, très naturel et très sage de traiter les aliénés éthyliques de la façon spéciale déclarée la meilleure par les aliénistes, seuls compétents pour la déterminer, il suffirait, en dehors de toute intervention du législateur, d'introduire, pour régulariser l'innovation, un article nouveau dans le règlement d'administration publique qui régit le fonctionnement des asiles, l'honorable magistrat est dans le vrai s'il n'a en vue que le local où seront traités les malades. L'Administration est libre, en effet, de mêler ses aliénés alcooliques

aux autres ou de les séparer d'eux en les hospitalisant dans des locaux spéciaux, mais elle n'a pas le pouvoir d'autoriser les aliénistes, ainsi que l'avance M. Muteau, à traiter ces malades de la façon spécialement considérée par eux comme la meilleure, puisque cette thérapeutique spéciale nécessite un isolement forcé, après guérison de la crise mentale très éphémère, de six mois au moins. D'ailleurs, M. Muteau lui-même, quelques pages plus loin, demande de quel droit pourrait-on, sans une condamnation judiciaire, laquelle ne saurait intervenir qu'au cas de manifestation publique, retenir les délirants eux-mêmes, leurs accès passés, lorsqu'ils ont pleinement recouvré leur bon sens, leur calme et leur raison? Et il répond qu'il y aurait là une véritable iniquité, si évidente qu'elle a été prévue avec soin dans la loi de 1838 en ce qui touche les aliénés contre laquelle cette loi a voulu les garantir, en leur ménageant, par son article 29, la possibilité, le cas échéant, de faire cesser leur internement même par mesure de justice et en édictant, dans son article 30, l'application de la peine sévère prononcée par l'article 120 du Code pénal aux chefs, directeurs ou préposés responsables qui refuseraient la sortie ordonnée soit par le préfet, soit par les tribunaux.

Voilà la vérité. En vain les conseils généraux auront construit à grands frais des établissements spéciaux pour la cure de l'alcoolisme, en vain l'Administration aura décidé que les alcooliques délirants ne seront plus désormais dirigés sur les asiles ordinaires mais seront isolés dans lesdits établissements, ces malades, peu de jours après leur séquestration, guéris de leur délire éthylique, réclameront à la justice leur sortie, de par l'article 29, si l'Administration autorisait, elle, ses médecins, à mener la cure à terme. Il faudrait la complicité de celle-là pour que celle-ci fût en mesure de donner une semblable autorisation; l'accord du pouvoir judiciaire et du pouvoir administratif sera

ici indispensable, et cet accord est de toute impossibilité car le pouvoir judiciaire ne peut pas sciemment violer la loi, fut-ce dans l'intérêt même de l'individu, dans le but de le guérir de sa passion alcoolique ; il ne peut pas, en restant sourd aux requêtes des buveurs avant le sixième mois de leur isolement et en leur opposant la force d'inertie abroger en fait l'article 29 de la loi de 1838. Donc, si l'Administration autorisait, les tribunaux n'autoriseraient pas et comme le dernier mot, en la matière, leur appartient, il est incontestable qu'*avec la législation en vigueur, le traitement de l'alcoolisme est impossible en France ou à peu près.*

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

L'INSTITUT INTERNATIONAL

DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE

A partir de cette année, les renseignements rassemblés dans le journal, sous la rubrique *Revue des Travaux français et étrangers*, seront collationnés par les soins de l'Institut Bibliographique. Comme cette institution nous parait susceptible de rendre les plus grands services au médecin qui travaille, nous nous faisons un plaisir d'initier nos lecteurs au fonctionnement de ce service intéressant.

L'*Institut international de Bibliographie scientifique* a été créé à Paris, il y a un an environ, par M. le Dr Marcel Baudouin, préparateur à la Faculté de Médecine, secrétaire général de l'Association de la Presse médicale Française, pour donner une solution réellement pratique au problème suivant :

Un médecin, qui a fait une observatien clinique intéressante ; un savant, qui a réalisé une expérience curieuse ; un critique, qui a à faire une étude d'ensemble sur un sujet donné, ont besoin dc savoir ce que d'autres chercheurs ent vu, trouvé ou écrit avant eux, sur la même question ? Comment, dans une ville où ils n'ont aucune bibliothèque scientifique importante à leur disposition, les mettre à même de se procurer les renseignements dont ils ont besoin ?

M. Baudouin a répondu à la questien en créant la vaste organisation actuellement unique au monde, qu'il a appelée l'*Institut international de Bibliographie scientifique*. C'est là une œuvre due uniquement à l'initiative privée, qui est destinée à remplir une lacune que les gouvernements auraient dû combler depuis longtemps, chacun de leur côté, par l'installation, dans leurs capitales, de burcaux de renseignemonts bibliographiques, fonctionnant, par exemple, à l'instar du Bureau météorologique de France.

Cet Institut de Bibliographie comprend deux sections : l'une purement scientifique, l'autre exclusivement commerciale, mais qui se complètent l'une l'autre et s'entr'aident fortement. Et, pour parler plus exactement, c'est la secende qui fait vivre la première.

La première censtitue l'Institut preprement dit. Elle se compose des six services suivants : 1° *Bibliothèque scientifique circulante* (Prêt de livres à domicile, à Paris, en previnee eu à l'étranger) ; 2° *Service des Fiches Bibliographiques* (Indication sur *fiches mobiles* de tous les travaux parus dans le mende entier, dans les différentes branches des sciences médicales et biologiques) ; ces fiches sont prêtées par séries, comme les livres, ou vendues ; 3° *Service des Fiches analytiques*. Ce sent des fiches plus détaillécs que les précédentes comprenant, en une quinzaine de lignes, l'analyse du travail demandée. Elles ne se font que sur cemmandcs spéciales, et sent prêtées cemme les livres ou venducs, par exemple, aux journaux de médecine ; 4° Un service d'*Analyses scientifiques*

Si un médecin désire qu'on lui analyse telle ou telle partie d'un ouvrage qui l'intéresse en 100, 200, 300 lignes, il lui suffit de s'abonner à ce service ; 5° Un service de *Traduction scientifique* (On exécute sur commande toutes les traductions) ; 6° Un service de *Renseignements* ou *Consultations bibliographiques* (On répond à toutes les questions posées pour tout ce qui a trait aux sciences médicales).

On peut s'abonner à chacun de ces différents services isolément, suivant ce dont on a besoin. Mais, quand on a souscrit à l'ensemble, on peut mener à bien n'importe quel travail d'ensemble, sans posséder dans sa bibliothèque un seul livre.

Supposons, en effet, qu'on ait à écrire sur le « Traitement de la pneumonie par les bains froids. » Le service des *fiches* vous permet de vous procurer par courrier toutes les indications *bibliographiques* nécessaires. La *Bibliothèque* vous envoie ensuite les livres dont vous avez besoin. Si vous ne lisez pas l'allemand, l'anglais, ou d'autres langues étrangères, le service des *Fiches analytiques* vous adresse un court résumé de ces travaux étrangers. Si l'un deux vous intéresse plus particulièrement, le service des *Analyses* peut vous en procurer un résumé de 100 ou 200 lignes, et s'il vous est indispensable de le lire en entier, on peut même vous en faire la traduction in-extenso.

La devise inscrite dans les bureaux de M. Baudouin : « Exactitude scientifique et célérité », indique quel est l'esprit de cette innovation. D'ailleurs, ceux qui connaissent le directeur de l'Institut savent quelles sont ses habitudes, ses tendances et son but : Mettre à la portée de tout curieux de la nature les éléments de travail que, jusqu'ici, on ne pouvait se procurer que dans les très grandes villes. C'est, en effet, l'idée de la décentralisation scientifique, dont il a été un des premiers champions dans le milieu chirurgical français, qui l'a amené à tenter de résoudre de cette façon si originale le fameux problème bibliographique; dont la solution menaçait

de se faire attendre longtemps encore, si l'on avait continué à s'en rapporter aux efforts des gouvernements européens. M. Baudouin a constaté qu'en Amérique l'initiative privée est à elle seule, capable de déplacer des montagnes. Il n'a eu qu'à suivre l'exemple des bibliographes américains (on aura toujours raison de dire que les voyages forment la jeunesse). Mais, du premier coup, il a perfectionné leur œuvre à un tel point que l'organisation nouvelle dépasse considérablement en portée pratiquo tout ce qui, dans ce sens, a été tenté jusqu'ici.

La seconde section de l'Institut représente une sorte d'*Agence Havas* à l'usage des journaux de médecino; on y centralise toutes les nouvelles, tous les renseignements susceptibles d'intéresser ces revues spéciales. De plus, on y a annexé un service spécial do *Bibliothéconomie*. L'Institut de Bibliographie se charge, en effet, de la confection des tables de matières des journaux, des catalogues de bibliothèques scientifiques privées, suivant les règles bibliographiques internationales (classification décimale, etc.), de l'organisation de meubles à fiches pour collections particulières, etc. De cette manière encore, M. Baudouin a comblé, à la mode américaine, une lacune qui était flagrante dans notre pays, par suite du défaut d'initiativo de la plupart des fournisseurs do nos établissements d'instruction publique.

Tous ces différonts services se complètent les uns les autres et font actuellement de l'Institut do Bibliographie le bureau de renseigements do beaucoup le mieux outillé et le plus promptement informé qui existe pour toutes les choses de la Médecine, cela d'autant plus facilement qu'il ost uniquo au monde.

Dr G. B.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Contribution au traitement des plaies par la lorétine (Trnka, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1895, N° 21). — La lorétine se présente sous forme d'une poudre absolument inodore, d'un jaune mat de soufre, lourde, finement granuleuse, à cristaux microscopiques, résineuse, un peu grasse. Appliquée même sur des surfaces étendues, elle ne provoque pas de phénomènes généraux, ni irritation locale. C'est un antiseptique bien sûr. Elle se mélange bien avec d'autres poudres, on peut l'incorporer aux onguents, aux émulsions et aux sels, elle se dissout bien dans les dissolvants ordinaires; la gaze lorétinée rend des services signalés.

C'est un bon succédané de l'iodoforme. S'il est vrai qu'elle désodore les sécrétions moins bien et plus lentement que l'iodoforme, en revanche elle les tarit plus complètement, n'active pas si énergiquement la formation des granulations, et de plus, ce qui rend si profitable son emploi dans la policlinique, elle est complètement inodore et à bon marché (le gramme vaut 7 centimes environ) ce qui facilite son emploi dans les hôpitaux et dans la clientèle pauvre.

La lorétine peut être prescrite partout où est indiqué l'iodoforme, mais surtout dans les cas où le traitement par l'iodoforme n'est pas acceptable pour une cause ou une autre, ou quand ce traitement une fois commencé, est brusquement suspendu. Pour le traitement des plaies antiseptiques la lorétine sera employée à l'état pur : la propriété de conserver aseptiques les plaies une fois rendues antiseptiques, est due à ce que, en contact avec les sucs des tissus de la plaie contenant du chlorure de sodium, elle le décompose : or, le sodium, à l'état naissant, s'unit à la lorétine pour fournir la lorétine sodique douée

do propriétés antiseptiques énergiques. La lorétine no dégageant jamais d'iode, elle ne provoque pas de phénomènes d'iodisme.

Une préparation très appropriée au traitement des plaies ganglionaires, c'est le bismuth lorétiné. La lorétine aussi bien que le bismuth lorétiné combiné avec d'autres substances, peuvent être formulés en onguents, en pâtes, en huiles, etc., applicables dans un grand nombre de circonstances les plus variées.

En première ligne doit être signaléo l'huilo de lorétine (lorétine ou bismuth lorétine 3, pour huile d'olives 5) qui se prescrit ordinairement comme suit :

Lorétine (ou bismuth lorétiné).........	30 grammes.
Huile d'olives..........................	50 —

C'est uno pâte mollo que l'on peut étendre sur de la gaze. Elle est indiquéo là où l'on prescrit ordinairement un pansement à l'onguent; on pout s'on servir pour le traitement des brûlures ou pour protéger la peau sous les pansements à demeure secs ou humides. Ce qui rend surtout l'emploi de cotte pâte avantageux et préférable à tous les autres onguents, c'est la facilité avec laquelle l'huile est résorbée tout entière par la peau lésée : la lorétine restée s'étend en couche mince unie sur touto la surfaco de la plaie à laquelle olle forme ainsi un recouvrement absolument aseptique. L'huile lorétinée diluée (1 : 10), se prêto aux injections dans les cavités naturelles de l'organisme et dans les plaies cavitaires.

Peut aussi rendre do bons services le liniment dessicant à la lorétine (ou au bismuth lorétiné) construit d'après le liniment dessicant de *Pick*. Il se formule comme suit :

Lorétine (ou bismuth lorétiné)..... }	ãã 5 grammes.
Gomme adragante.................. }	
Glycérine.............................	2 —
Eau distillée.........................	100 —

On le préparera, suivant la proscription de *Pick*, par voio chaude, en ajoutant petit à petit l'eau et en triturant dans un

mortier. C'est un excellent protectif pour les plaies suturées ou dont les bords ont été accolés l'un à l'autre d'une façon quelconque ; il remplace bien le collodion et peut être employé comme protectif sous le pansement ou même remplacer le pansement quand il s'agit de plaies insignifiantes ou sur des surfaces planes. On le frictionnera avec douceur, sans appuyer fortement. Il est supérieur à d'autres préparations semblables en ce qu'il ne tache pas le linge, que le malade n'a pas la sensation de substances grasses si désagréable à certaines personnes et qu'on peut facilement l'enlever par un lavage à l'eau simple.

Étendue sur de la gaze ou du lint et à consistance variable suivant la température ambiante (ce qui s'obtient pas l'incorporation d'une plus ou moins grande quantité de cire), la lorétine (ou le bismuth lorétiné) sous forme de cérat de la composition que voici :

Lorétine (ou bismuth lorétiné).........	10 grammes.
Cire blanche..........................	40 —
Axonge benzoïquée....................	10 —
Baume du Pérou......................	4 —

peut être employée pour couvrir les plaies opératoires e les parties malades de la peau (dermatoses) ; on en induira aussi la couche de lorétine en poudre pour faciliter l'écoulement des sécrétions des plaies.

Le mélange de poudre de lorétine et de magnésie calcinée, ãã, constitue une bonne poudre pour les pansements ordinaires. On s'en servira surtout utilement pour les pansements à faire dans la cavité buccale où la magnésie exerce avantageusement sa propriété de se combiner aux acides.

La lorétine mélangée au talc de Venise (1 : 2) donne une excellente poudre pour diapasme. On peut aussi prescrire comme diapasme :

Lorétine...............................		4 parties.
Talc de Venise......................	ãã	3 —
Magnésie calcinée.................		

Enfin l'auteur attire l'attention sur l'emploi de la lorétine en chirurgie de guorre. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 26, p. 559).

Médecine générale.

Traitement, gymnastique du tabès d'après le procédé de Frenkel (*Nevrologuitchesky Viestnik*, V, II, livr. 3). — Le procédé de Frenkel consiste en ce que l'on fait faire aux malades, sous la direction de la vision, une série de mouvements volontaires plus ou moins compliqués en ayant soin de corriger soigneusement toutes les irrégularités qui dépendent des troubles de la coordination.

Dans tous les cas où l'auteur avait appliqué ce mode de traitement du tabès, il est survenu une amélioration plus ou moins notable dans l'exécution des mouvements; dans quelques-uns la méthode de Frenkel appliquée pendant un mois et demi a donné des résultats si éclatants que le succès obtenu peut être qualifié sans exagération de brillant.

Les séances étaient répétées tous les jours et duraient en moyenne trente minutes, excepté les premières plus prolongées pour apprendre aux malades à accomplir les exercices sans qu'ils en ressentent de la fatigue. Chaque séance se terminait par le massage des jambes : ce massage avait pour but de débarrasser les membres inférieurs des produits de désassimilation accumulés pendant les exercices et de stimuler leur nutrition. Quant aux exercices à accomplir par les malades, l'auteur se conforma complètement aux prescriptions de Kirschberg, dans les mains de qui le procédé de Frenkel a fourni des succès si notables.

Le procédé de Frenkel est basé, pour ainsi dire, sur la nature des chosos elle-même : en effet, les malades sont jusqu'à un certain degré à même de gouverner beaucoup mieux les mouvements toutes les fois qu'ils y prêtent attention et que leur volonté est dirigée vers ce but.

L'auteur est d'avis que ce procédé peut être considéré

comme un traitement symptomatique excellent des troubles de la coordination dans le tabés. (*Vratch*, 1895, n° 25, p. 707.

Toxines érysipélateuses et sérum érysipélateux dans traitement des tumeurs malignes inopérables (William B Coley, *Medical Record*, 18 mai 1895). — L'auteur s'est servi du sérum sanguin des animaux immunisés contre l'érysipèle dans 11 cas de tumeurs malignes inopérables.

Dans le cas I (cancer récidivant du sein), l'injection du sérum (à V gouttes chaque fois) n'a produit aucun effet. Dans le cas II, le cancer mammaire colossal a diminué de la moi tié de son volume sous l'influence des injections. Pendant fonte de la tumeur un vaisseau fut érodé, d'où hémorrhagie mortelle. Dans le cas III, il s'agit, d'après toutes probabilités, d'un cancer de la nuque et du sternum : sous l'influence des injections, la tumeur diminua de volume et devint plus mobile. Les injections furent suivies de l'apparition d'un exanthème ressemblant à l'urticaire, mais à part cela il n'est survenu aucun phénomène secondaire fâcheux. Les autres cas sont encore soumis au traitement pendant un temps par trop court pour que l'on puisse émettre une opinion raisonnée sur les résultats des injections.

Dans une autre série de cas, l'auteur a eu recours au sérum sanguin d'un cheval auquel on avait injecté, deux mois auparavant, un mélange des toxines du streptocoque érysipélateux et du *bacillus prodigiosus*. C'est au traitement de 4 sarcomes et de 4 cancers que le sérum de ce cheval fut appliqué. Guérison complète apparente dans 2 cas, à savoir, dans un épithéliome inopérable du menton, du maxillaire inférieur et du plancher buccal et un épithéliome récidivant de la face. Dans un troisième cas (cancer inopérable de la langue), le traitement, continué pendant deux semaines, provoqua la diminution de la tumeur et rendit la langue plus mobile. Malgré la continuation ultérieure du traitement, l'amélioration ne fit plus de progrès. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 24, p. 519.)

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

La cure d'air dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (R. Blache, *Communication faite à l'Académie de médecine*, 12 nov. 1895). — Le principo du traitement est l'hygiène et surtout l'aération. C'est à l'hôpital d'Ormesson qu'on a obtenu les plus merveilleuses cures d'air dans lo traitement de la tuberculose chez l'enfant. Ces résultats qui sont supériours à ceux obtenus dans les autres sanatoria tiennent à deux causes : 1° les enfants ne sont admis qu'à une périodo peu avancée de la maladie; 2° ils passent des conditions les plus dèplorables en général aux conditions d'hygiène les moilleures. L'espace est calculé de manière à ce quo chaquo enfant a 60 mètres cubes d'air souvent renouvelé. Pas de mèdication spéciale, sauf l'huilo de foie de morue en hivor, de l'exercico modéré et raisonné, une alimentation saine ot reconstituante. La moyenne des guérisons a été jusqu'alors d'environ 42 0/0. On voit donc que lo meilleur mode de traitement de la tuberculoso est encore l'hygièno.

Injections sous-cutanées d'aristol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (*Presse Méd.*, Par., 16 nov. 1895, 465). — Les recherches de M. Grousdieff ont été faites à l'hôpital de Cronstadt, sur 33 tuberculeux. Les injections sous-cutanées, qui constituent son traitement, sont effectuées avec de l'huile d'amandes douces contenant do 1 à 15 0/0 d'*aristol*. Ces injections sont faites sous la peau du dos, avec une seringue de Pravaz, contenant les promiers jours do ladito solution à 1 0/0; on arrive rapidement les jours suivant à trois seringues d'une solution à 15 0/0. Ces injections ont le défaut de provoquer des douleurs très vives, mais l'auteur avait obtenu quelques cas de guérison et un grand nombre d'améliorations. Chez la plupart, les injections ont agi dans un sens favorable sur la toux, l'expectoration et la transpiration.

Pharmacologie.

Contribution à l'action hémostatique du dermatol (Hecht, *Therapeutische Monatshefte*, juin 1895). — L'action hémostatique du dermatol s'est montrée tout d'abord dans deux cas de polypes pédiculés de la conjonctive insérés à l'angle externe de l'œil : la section des pédicules donna naissance à une hémorrhagie profuse arrêtée seulement après insufflation de dermatol dans le sac conjonctival. Le dermatol a réussi aussi dans un autre cas d'hémorrhagie conjonctivale provoquée par un grain de plomb qui, après avoir perforé la paupière inférieure, s'est logé dans la conjonctive bulbaire.

L'hémorrhagie est-elle profuse, l'action astringente du dermatol ne suffit à elle seule pour la faire cesser, et on est obligé alors d'appliquer le dermatol avec un tampon d'ouate sur la plaie qui donne et de comprimer : autrement on s'expose à voir le dermatol emporté par le jet de sang. Appliqué de la sorte, le dermatol donne de bons résultats en cas d'hémorrhagie buccale, après extraction de dents, après extirpation des fibromes des gencives, etc. En cas d'hémorrhagie dentaire, le dermatol sera additionné d'une petite quantité de poudre de gomme en vue d'augmenter son adhésion.

Mais c'est surtout contre l'hémorrhagie consécutive à l'ablation de l'ongle incarné que le dermatol se montre un excellent hémostatique : l'hémorrhagie, qui n'est pas arrêtée ordinairement par la compression seule, est maîtrisée complètement par le dermatol appliqué en couches épaisses sur la plaie : le pansement compressif n'est presque plus taché de sang au premier changement.

Le dermatol est sans doute redevable de son action hémostatique, en première ligne, à ses propriétés astringentes, puis à son insolubilité, à ce qu'il forme avec les sécrétions des plaies une croûte dense et très résistante, enfin à son contenu en acide gallique. (*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 25, p. 548).

Maladies du tube digestif.

Colotomie inguinale, nouvelle méthode de fixation de l'intestin (Barrow, *Méd. mod.*, Paris, 9 novembre 1895, n° 90, p. 692). — L'auteur a pratiqué l'opération do la colotomie inguinale sur un homme de 40 ans.

Il fit l'incision ordinaire, tira hors de la plaie une portion considérable du côlon, pratiqua avec les doigts dans le méso-côlon une ouverture capable d'admettre deux ou trois doigts; il joignit ensuite, par des sutures, les deux bords de l'incision faite à la paroi abdominale de manière à former une espèce de pont où le côlon pouvait reposer.

C'est sur cette dernière manœuvre que repose toute la nouveauté de l'opération. Le point capital est de ne pas placer les sutures au milieu exactement de l'incision abdominale, mais de commencer au-dessous du milieu, pour laisser plus libre qu'à la partie inférieure la partie supérieure de l'intestin.

Traitement chirurgical de quelques cas d'appendicite (Adenot, *Arch. pr. de Chir.*, 1895, IV, p. 709-712). — M. Adenot relate cinq cas d'appendicite qu'il a opérées avec succès. Il s'est toujours très bien trouvé, après la recherche et l'ouverture prudente des abcès péritonéaux, d'aller porter un drainage au moyen d'une mèche iodoformée, en arrière du cœcum, en tâchant de décoller le mieux possible l'intestin et de se rapprocher do l'origine do l'appendice et de son foyer. Ce *drainage postérieur* a pour but de guider le pus et d'ouvrir la voie. Lorsqu'il n'existe pas d'abcès collecté, mais un simple empâtement et une infiltration séro-purulente des parois du cœcum et du tissu conjonctif sous-cœcal, ce drainage favorise la résorption de la masse inflammatoire.

L'Administrateur-Gérant: O. DOIN.

Paris — Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 122.1.96.



HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

TROISIÈME LEÇON

Traitement des dyspepsies.

Relation des dyspepsies avec les diverses maladies. — Réactions des troubles gastriques sur les autres organes. — Déductions thérapeutiques.

Par M. Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

I

Dans la dernière leçon, j'ai étudié les diverses origines des dyspepsies et j'ai commencé à vous montrer comment celles-ci se trouvent, dans bien des cas, ou provoquées ou accompagnées par des réactions fonctionnelles provenant du foie et de l'intestin.

Ces réactions sont facilement explicables, car le foie et l'intestin sont des dépendances immédiates de l'estomac, considéré comme organe digestif primordial. Mais, en réalité, le problème est beaucoup plus complexe qu'on ne le croit généralement. La dyspepsie pure et essentielle est si rare qu'on peut dire qu'elle n'est presque jamais rencontrée.

La digestion et la nutrition sont des fonctions si importantes qu'elles sont touchées par un trouble quelconque de l'organisme. Aujourd'hui, je vais développer un ensemble de considérations générales, pour démontrer que le rôle du médecin doit surtout consister à élucider le problème de l'origine de la dyspepsie afin de diriger en conséquence sa thérapeutique.

Il ne faut pas oublier ce principe, en effet, que la théra-

peutique ne saurait avoir une existence propre, indépendante de la clinique ; cette proposition est de tout point applicable aux maladies de l'estomac.

Soigner un dyspeptique, ce n'est pas seulement lui ordonner un régime, un traitement, c'est surtout connaître et mettre à jour, d'une manière certaine, les causes de l'état morbide de l'estomac.

Ces indications, une fois bien établies, rien de plus facile que de formuler le traitement, mais celui-ci sera absolument inefficace s'il est institué d'emblée sur la seule notion des symptômes purement stomacaux.

J'insiste sur ces considérations, j'y reviens sans cesse, parce que mon expérience des malades et des médecins m'a démontré que, le plus souvent, les uns et les autres s'attachent trop aux symptômes en négligeant les causes véritables de ces troubles.

Continuons donc l'examen des réactions organiques fonctionnelles qui peuvent influencer les fonctions digestives et causer la dyspepsie ou être provoquées par la dyspepsie.

Ne perdons pas de vue que si une dyspepsie de l'estomac peut provoquer des lésions ou seulement des troubles hépatiques, réciproquement, une affection du foie peut amener un état dyspeptique.

S'il existe des relations entre le foie et l'intestin d'une part et l'estomac d'autre part, ce dernier organe peut aussi prendre sa part de troubles généraux dus à des affections du cœur, du rein, de la vessie, de l'estomac, de l'appareil utéro-ovarien et surtout du système nerveux.

Ce sont ces relations que nous allons résumer aujourd'hui; dans le courant de la prochaine leçon, nous verrons les liens intimes qui relient la dyspepsie aux maladies générales telles que l'arthritisme, la goutte, le rhumatisme, la tuberculose, etc.

II

Dyspepsies d'origine cardiaque et symptômes cardiaques chez les dyspeptiques.

A. — Il est bien rare qu'un *cardiaque* n'éprouve pas des troubles du côté de l'estomac; souvent même c'est par des phénomènes digestifs que se manifeste fréquemment la cardiopathie.

En effet, tout trouble local de l'organisme se répercute sur la nutrition et sur la digestion. Le malade, lui, ne s'occupe que de ses sensations dominantes et se contente de les accuser au médecin. Celui-ci commettrait donc une grave erreur en se fiant uniquement au dire du malade; il doit toujours l'examiner avec minutie.

Alors, en auscultant un malade qui ne parle que de ses digestions troublées, il reconnaîtra parfois une affection du cœur latente.

Un goitre exophtalmique, une insuffisance aortique, au début, s'accusent souvent par des troubles digestifs très prononcés. Cela s'explique par l'innervation commune du cœur et de l'estomac. Mais cette innervation commune n'est pas le seul mécanisme en cause, les troubles de circulation entrent aussi en jeu pour une bonne part.

Prenez un homme atteint d'*insuffisance aortique*; le malade est pâle; cette décoloration spéciale et bien connue est due à l'anémie, suite naturelle d'une insuffisance dans l'irrigation sanguine. Or, cette anémie n'est pas spéciale aux téguments, elle existe aussi pour les viscères; les glandes gastriques reçoivent donc une quantité trop faible de sang, d'où pénurie dans la fonction digestive : telle est, au moins, l'une des formes de la dyspepsie des aortiques.

Dans les *affections mitrales*, l'origine du phénomène est différente, mais le résultat est identique : chez le mitral, il

y a un engorgement du système veineux, la circulation du foie et des annexes digestives est en état de stase; ceux-ci, sont gorgés d'un sang moins oxygéné, plus carbonique, appauvri par l'usage; par suite, les glandes gastriques fonctionnent moins activement.

B. — Mais si un cœur malade provoque la dyspepsie, la réciproque est également vraie, et un estomac malade peut engendrer des troubles cardiaques très accusés.

Un des signes les plus fréquents de l'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie, sont les *palpitations* et les *intermittences* du cœur. Il arrive souvent même que le malade, quand il vient consulter le médecin, attire particulièrement l'attention de celui-ci du côté du cœur.

Or, à l'auscultation, on ne trouve aucune lésion. On perçoit souvent des intermittences plus ou moins fréquentes, accompagnées de malaises lypothymiques et de vertiges qui incommodent vivement le malade. Ces accidents disparaissent le plus souvent par l'exercice, et les gens qui en sont atteints peuvent courir ou monter les escaliers sans souffrir; cela suffit à montrer qu'il n'existe pas de lésion organique du cœur; aussi, cherchez du côté de l'estomac, vous y trouverez la raison de cette apparence de cardiopathie.

Si, par ignorance, on instituait un traitement cardiaque, l'état du malade s'aggraverait, il s'améliore au contraire par un régime approprié.

III

Dyspepsies d'origine génito-urinaire et symptômes génito-urinaires chez les dyspeptiques.

A. — Passons maintenant aux organes génito-urinaires.

Les *dyspepsies urinaires* sont classées et bien connues,

je n'en parlerai donc pas autrement que pour dire qu'en cas de phénomènes dyspeptiques liés à une maladie des voies urinaires, il faut soigner celles-ci pour guérir l'estomac.

Mais je m'arrêterai davantage sur une cause encore peu connue de troubles gastriques, je veux parler des *ptoses abdominales*, si bien étudiées par Glénard, de Lyon, ou dyspepsies du *rein mobile*, décrites par notre collègue, M. Albert Mathieu.

M. Glénard a montré que, chez certains sujets, dont les tissus ligamenteux et aponévrotiques sont particulièrement lâches, la peau de l'abdomen s'affaissait, d'où chute de l'intestin, de l'estomac et même du rein. Tous ces organes font une sorte de plongeon dans la cavité pelvienne et, naturellement, cette situation anormale des viscères amène des tiraillements et des changements de position, un déséquilibre abdominal, qui s'accompagnent des symptômes dyspeptiques fort divers et que nous étudierons plus tard.

Pour Glénard, tout tombe, d'abord le gros intestin qui refoule l'intestin grêle, qui entraîne l'estomac, puis le foie, lequel abaisse le rein. A. Mathieu, au contraire, a démontré que très souvent le rein seul est descendu de sa place normale, et qu'il y a mobilité anomale et abaissement du rein sans entéroptose; quelle que soit la théorie adoptée, il est évident que les notions précédentes ont une sérieuse portée thérapeutique : il est bien évident, en effet, que le meilleur régime, la plus savante médication seront totalement impuissants contre les troubles de l'estomac dépendant d'un déséquilibre abdominal total ou d'un abaissement du rein.

Mais ramenez les organes en place. Si le gros intestin et l'estomac se trouvent au-dessous de l'ombilic (ils doivent normalement être au niveau ou au-dessus de ce point) usez de la ceinture spéciale que vous me voyez recommander à nos malades; si le rein seul est descendu, réduisez-le et

maintenez-le à l'aide du bandage spécial à pelote, au besoin faites la néphrorraphie et vous verrez tout rentrer dans l'ordre du côté de l'estomac.

B. — S'agit-il d'une femme ? le problème pourra devenir encore plus complexe, car la ptose de l'estomac et de l'intestin amène une pression sur l'utérus, d'où phénomènes graves et parfois prédominants du côté de l'appareil génital. Cette femme se plaindra surtout de troubles utérins et accessoirement de l'estomac. Soignez l'utérus et l'estomac, vous n'obtiendrez rien; si, au contraire, vous traitez la ptose, l'utérus et l'estomac guériront presque sans y toucher.

On voit combien les problèmes thérapeutiques sont complexes quand on s'adresse à un organe aussi facilement influençable que l'estomac. Mais il ne faut pas se laisser décourager par cette complexité plus apparente que réelle, car la résolution de ces problèmes est si féconde en résultats heureux pour le malade, que le médecin est longuement récompensé de sa peine.

C. — Tout le monde sait combien l'utérus réagit sur l'estomac; la grossesse, les troubles digestifs concomitant avec les règles, etc., sont là pour le montrer. Il est donc inutile d'insister et je me contente de rappeler que chez toute femme dyspeptique il faut interroger l'utérus.

D. — Avant d'abandonner les relations des organes génito-urinaires avec les troubles gastriques, disons un mot de la réciprocité. Les dyspepsies peuvent réagir, elles aussi, sur la vessie et le rein.

Quelquefois vous serez consultés par des malades se plaignant de rendre de temps à autre, des urines d'apparence purulente. L'urine, à certaines heures, est alcaline et présente un trouble laiteux qui dépose et offre, pour un œil non prévenu, le caractère d'un précipité muco-purulent.

Méfiez-vous ; ce malade, qui ne s'inquiète que de sa fonction urinaire, est simplement un dyspeptique ; il est au premier stade de l'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie.

Ce dépôt, c'est du phosphate tribasique de chaux ; le malade est tout bonnement phosphaturique, parce que dyspeptique. Or, en outre de l'affaiblissement dû à cette perte en phosphates, j'estime que ce malade a aussi à craindre des troubles organiques du côté de son appareil génito-urinaire, car ce n'est pas impunément que celui-ci recevra des urines qui déposent ainsi du phosphate de chaux. En outre de l'irritation locale, n'y a-t-il pas là matière à formation ultérieure de calculs ? Il est donc urgent de soigner l'estomac, cause première de cette phosphaturie inquiétante.

IV

DYSPEPSIES LIÉES A DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX ET SYMPTÔMES NERVEUX D'ORIGINE DYSPEPTIQUE

A. — J'arrive à l'influence des maladies du système nerveux sur l'estomac. Mais ici le champ est immense et je ne saurais le parcourir en entier. Les faits sont d'ailleurs trop connus pour qu'il soit nécessaire de les rappeler tous.

On sait, en effet, que les maladies du système nerveux troublent profondément la digestion et la nutrition. Les crises gastralgiques du tabes et des diverses maladies de la moelle épinière en sont un exemple.

La neurasthénie est le corollaire classique de la dyspepsie à ce point que plus d'un auteur a voulu voir seulement dans la neurasthénie un ensemble nerveux dû à des troubles gastriques.

Cette proposition est exagérée. Et l'on doit distinguer les cas où la neurasthénie peut engendrer de la dyspepsie, de ceux où c'est la neurasthénie qui se manifeste sous la forme prédominante de symptômes gastriques.

Or, rien de plus difficile que de distinguer, en maintes occasions, si c'est l'estomac ou le système nerveux qui a commencé. Je ne connais pour mon compte aucun signe clinique qui permette d'affirmer que la dyspepsie ou la neurasthénie a été la première en jeu. Certes, il est quelques cas où nous n'hésiterons pas, mais si, comme cela arrive souvent, on a devant soi un malade de la classe aisée qui est souffrant à la suite d'excès de tout genre, comment pencher d'un côté plutôt que de l'autre?

Dans ces cas embarrassants, c'est la thérapeutique qui seule peut donner une solution véritablement satisfaisante du problème.

Toute dyspepsie essentielle suivie de phénomènes neurasthéniques voit ceux-ci s'amender d'abord, puis disparaître après un traitement approprié de l'estomac.

Si, au contraire, on traite exclusivement les phénomènes dyspeptiques, chez un neurasthénique franc, on n'obtient aucun résultat. Mais l'on voit la dyspepsie disparaître quand la thérapeutique s'adresse en même temps au système nerveux.

B. — Cette notion est bonne à retenir, car elle peut éclaircir nombre de points obscurs dans ce diagnostic de certaines affections du système nerveux. Il faut toujours avoir présent à l'esprit que, dans un très grand nombre de cas, quelques-unes de ces affections se manifestent d'abord par des troubles dyspeptiques.

En général, ces troubles dyspeptiques ont des allures d'instabilité marquée, et leur incohérence frappe les esprits non prévenus.

A l'appui de ce dire, je puis citer l'observation saisissante d'un malade que j'ai eu jadis à soigner.

Il s'agissait d'un paralytique général. Or, c'est là une maladie bien connue, qui débute presque toujours par des troubles nerveux caractéristiques. Eh bien, dans le cas qui m'occupe en ce moment, le début a été franchement stomacal.

Le sujet était un homme, avec un esprit d'élite, de santé remarquable, de constitution vigoureuse, d'estomac excellent. Un jour, il vient se plaindre de s'être réveillé la nuit avec des crampes vives de l'estomac, suivies de vomissements remarquablement acides.

L'examen ne montre rien du côté gastrique. Huit jours après, crise semblable, mais cette fois dans la journée. Troisième crise encore après quelques jours, le matin. Présent, j'ai pu examiner le suc gastrique; l'acidité était extraordinaire, près de 4gr, 50 d'acide total, ce qui est un chiffre exceptionnel.

Le phénomène offrait ceci d'étrange, qu'il était subit et très fugitif : crise hyperchlorhydrique vraiment paroxystique. En effet, l'examen du suc gastrique, pratiqué le surlendemain après repas d'épreuve, montrait que tout était à peu près rentré dans l'ordre.

Au bout de trois mois, je revois le malade après un voyage, je remarque de l'inégalité pupillaire, une grande volubilité de paroles avec un peu d'embarras, mais si léger que ce n'est qu'ensuite que j'en ai pu fixer le souvenir. Les crises gastriques avaient continué à d'irréguliers intervalles, sans être influencées par aucun traitement.

Or, environ trois mois après, soit six à sept mois après les premiers phénomènes gastriques, le malade était en pleine paralysie générale.

Ce cas m'a vivement frappé, parce que dès le début, en considérant l'incohérence des troubles gastriques et l'inu-

tilité du traitement antidyspeptique institué, j'avais pu éliminer l'idée d'une simple dyspepsie et soulever l'hypothèse d'une affection du système nerveux.

J'en ai dit assez pour montrer l'importance des notions étiologiques dans l'institution d'un traitement de la dyspepsie et pour établir que les résultats mêmes du traitement peuvent servir à poser un diagnostic dans beaucoup de circonstances.

Pour me résumer, je dirai donc : Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une dyspepsie, avant d'instituer un traitement et un régime, il faut en chercher soigneusement les causes, car leur connaissance peut modifier singulièrement les indications thérapeutiques.

Réciproquement, dans bien des affections locales, surtout quand les signes qui indiquent une lésion ne sont pas nets, il faut chercher si l'estomac ne serait pas la véritable cause de troubles fonctionnels extra-stomacaux.

GYNÉCOLOGIE

Injections vaginales et rectales (1),

Par le Dr Auvard,

Accoucheur des hôpitaux,
Ex-professeur adjoint de la Maternité.

3° Mode d'administration

Commençons par les injections vaginales, nous verrons après les lavements.

(1) Voir le numéro du 15 janvier.

a. Injections vaginales. — L'injection hygiénique ou de propreté peut être prise *couchée* ou *accroupie.*

Couchée quand, par exemple, il s'agit d'une accouchée

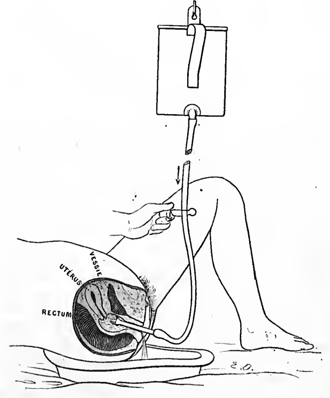


Fig. 15. — Injection couchée.

qui ne peut se lever, ou d'une malade qui ne doit pas quitter son lit; sinon elle sera aussi efficace, *accroupie.*

L'*injection couchée* se donne de la façon suivante :

Une aide est indispensable, la femme ne pouvant quitter son lit, ni par conséquent faire le nécessaire. Deux litres de solution antiseptique étant préparés conformes à l'ordonnance du médecin, en général solution de sublimé à 1/2000 ou d'acide phénique à 1/100, sont versés tièdes dans l'appareil émetteur, qui est suspendu, ainsi rempli, au mur le plus voisin de l'alitée, à un mètre environ au-dessus du niveau des organes génitaux. Le tuyau de l'injecteur est muni de la canule métallique (fig. 4) et fermé à l'aide d'un robinet. — On place sous le siège le bassin receveur, soit la cuvette ovale (fig. 10), soit le bassin-pantoufle (fig. 11). — La femme ou l'aide saisit alors la canule, fait, en ouvrant le robinet, couler un peu de liquide afin de purger de l'air contenu, et laisser échapper le liquide qui s'était refroidi dans le tube de caoutchouc. — Puis la canule enduite de vaseline est introduite dans le vagin de la longueur du doigt environ. On éprouve parfois un peu de peine à cette introduction, ce qui est dû à ce que la direction imprimée à l'instrument est mauvaise; quand on trouve quelque résistance, il faut incliner l'instrument soit en avant, soit en arrière, et aussitôt que la direction est bonne, la pénétration se fait sans difficulté. La canule est maintenue en place à l'aide d'une main, tandis que l'autre ouvre le robinet pour permettre l'écoulement du liquide. A cet égard, il est important d'avoir un système de robinet qui se manie facilement avec une seule main, les fabricants en font de plusieurs sortes, on aura soin de choisir le plus commode et, autant que possible, un système qui s'applique sur le tube de caoutchouc sans en interrompre la continuité, c'est le meilleur système au point de vue antiseptique.

La figure 16 représente le modèle auquel je donne la préférence.

Quand le liquide s'est complètement écoulé, on retire la canule, la femme fait un léger effort expulsif pour chasser

du vagin le liquide qui a pu y rester. Le bassin est enlevé de dessous le siège, et toute la région est séchée avec un linge ou du coton hydrophile. L'injection est terminée.

Pour l'*injection accroupie*, l'injecteur étant chargé comme

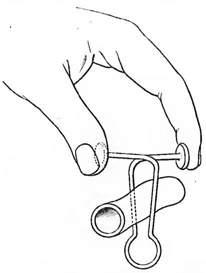


Fig. 16. — Robinet extra-tubal, se fermant automatiquement et s'ouvrant sous la pression des doigts.

précédemment, le suspendre à $1^{m},50$ environ au-dessus du sol, la femme s'accroupit au-dessus d'un bassin quelconque dont la forme a peu d'importance, puisqu'il n'y a que voisinage entre le siège et le bassin, et non contact. La canule est introduite suivant les mêmes détails que pour l'injection couchée ; elle est maintenue avec une main, pendant que l'autre main ouvre le robinet. Le liquide s'écoule pendant quelques secondes et l'injection est faite.

Quelle que soit l'injection qu'on pratique, une toilette vulvaire préalable est toujours indispensable, sans quoi on s'ex-

pose à faire pénétrer des germes septiques de la superficie vers la profondeur.

L'*injection thérapeutique* doit être prise assise au bord d'un fauteuil (fig. 18). Le fauteuil est plus commode que la chaise, parce qu'il permet de prendre point d'appui sur les

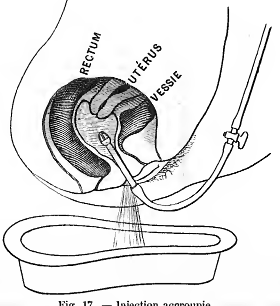


Fig. 17. — Injection accroupie.

bras pendant la durée de l'injection, qui peut être parfois assez longue.

Sur le fauteuil (fig. 18) on place une toile cirée ou imperméable quelconque, repliée sur le meuble en arrière ou soulevée par un petit coussin, de telle sorte que le liquide ne puisse s'écouler dans cette direction; cette toile vient tomber en avant dans un seau destiné à recueillir le liquide.

On prépare dans un broc de contenance suffisante (10 à

20 litres) ou dans plusieurs si l'irrigation comporte une plus grande quantité de liquide, la solution telle qu'elle a été prescrite avec la température désignée, en ayant soin que cette température soit de 4 à 5° supérieure à celle qu'on

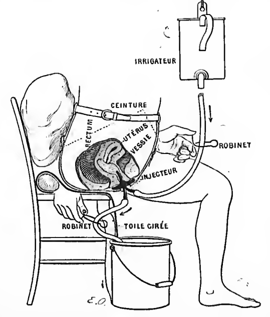


Fig. 18. — Injection assise, prise avec la canule vaginale régulatrice.

désire, à cause du refroidissement qui va se faire jusqu'au moment de l'utilisation du liquide.

La solution injectable étant prête, la femme introduit dans le vagin la canule régulatrice (fig. 6 et 7) et la fixe en place à l'aide du bandage approprié (fig. 8). La canule est reliée à l'injecteur par un tuyau de caoutchouc sur lequel on adapte un robinet (fig. 16) et au seau par un autre tube analogue avec même robinet.

La femme verse alors le liquide préparé dans l'injecteur suspendu au mur, à 1^{m},50 au-dessus du niveau du sol, ce qui fait à peu près à 1 mètre au-dessus du niveau des organes pelviens, ou, si elle a une aide, ce qui vaut mieux mais sans être indispensable, l'injection pouvant être prise par la malade seule, elle prie cette aide de verser le liquide dans l'injecteur. Elle s'assied au bord du fauteuil et, prenant un robinet de chaque main, elle procède à l'opération.

Elle ouvre d'abord le robinet de pénétration, puis quand elle sent une certaine tension au niveau du vagin, elle ouvre celui de sortie; puis, laissant constamment ouvert le robinet de pénétration, elle ouvre de temps en temps celui de sortie, de manière à ce que deux litres passent par le vagin environ en une minute.

Une injection de 20 litres doit durer environ dix minutes, une de 40 litres vingt minutes.

Aussitôt que l'injecteur est vide, il doit être rempli; l'aide, n'ayant d'ailleurs d'autre occupation, maintiendra plein le réservoir à mesure que le liquide s'échappera : s'il n'y a pas d'aide, la femme arrête son injection de temps en temps pour verser le liquide dans l'injecteur; elle peut le faire sans déplacer sa canule, simplement en se levant; mais, à cet égard, l'assistance d'une personne simplifie beaucoup la manœuvre et doit être préférée, d'autant plus qu'une bonne quelconque, même d'une intelligence très rudimentaire, suffit.

Si la température du liquide est trop élevée et devient douloureuse à la patiente, elle arrête pendant quelques instants son arrivée en fermant le robinet voulu, et ne le laisse pénétrer que par petites doses.

Tels sont les principes qui guideront la femme pour prendre l'*injection assise*; de plus amples explications me semblent inutiles; ce serait tomber dans des détails superflus

que le bon sens de chacun suffit à résoudre ; le médecin doit tracer les grandes lignes, la malade devine le reste.

Cependant avant de quitter ce qui a trait à l'*injection assise*, je voudrais insister sur deux points importants pour l'injection thermo-mécanique.

Il faut, pour qu'elle soit bien prise :

1° Que la température du liquide soit élevée ;

2° Que la distension du vagin soit bien complète.

Pour la température du liquide, en prenant la précaution que j'ai indiquée de préparer du liquide à 55°, elle sera en général suffisante. Toutefois ,quand l'aide videra le liquide du broc dans l'injecteur, il sera bon qu'elle vérifie avec sa main aseptisée, *que le liquide est aussi chaud qu'elle peut le supporter*, si non, elle y ajoutera la quantité voulue d'eau bouillante (dont il est bon d'avoir une bouillote à sa portée) pour obtenir la température en question.

Quant à la distension du vagin, la pression du liquide à un mètre (hauteur à laquelle est placé l'injecteur au-dessus des organes génitaux), suffit amplement à la réalisation de cette condition. Pour que cette distension soit obtenue il faut naturellement que la canule ferme bien l'entrée vulvaire, car si cette obturation est incomplète, elle a un double inconvénient :

1° De laisser échapper sur la peau voisine le liquide chaud, qui brûle la femme, légèrement il est vrai, mais assez pour la faire souffrir. L'avantage de la canule régulatrice est en effet, quand elle fonctionne bien, d'éviter à la peau le contact de l'eau chaude; c'est une *canule athermale* et ce n'est pas là son moindre avantage. Le vagin supporte facilement 50°, mais la peau de la vulve et des régions voisines difficilement ;

2° De laisser échapper le liquide et de diminuer la pression intra-vaginale.

Il faut donc choisir une canule qui s'applique bien à

l'orifice vulvo-vaginal. Pour les vulves béantes, il faut un grand modèle, et un petit, au contraire, pour les vulves étroites. C'est affaire au médecin à indiquer la grandeur nécessaire et à la femme d'indiquer si le fonctionnement est bon, c'est-à-dire l'obturation suffisante. Forcément, il s'écoulera de temps en temps un peu de liquide autour de la canule, liquide qui sera reçu par la toile qu'on place à cet effet sur le fauteuil, mais la quantité de ce liquide doit être relativement peu abondante et seulement intermittente; à cette condition seule, le fonctionnement est bon et peut être déclaré satisfaisant.

J'arrive, pour terminer, à l'administration du *lavement.*

Je ne dirai rien du *lavement simple évacuant ;* toute femme en connaît le détail, et le fonctionnement de l'appareil Eguisier lui est familier.

Pour le lavement à garder, on se servira de la poire (figure 12) qu'on chargera de la solution à faire pénétrer dans le rectum, puis, la canule étant introduite dans l'anus de toute sa longueur, on comprimera la poire *très complètement*, de manière à en chasser le contenu.

Plus importants sont les détails concernant l'administration du *lavement thermo-mécanique*, le frère en quelque sorte de l'*injection vaginale thermo-mécanique*, dont nous avons précédemment fait une étude complète.

On se servira pour ce lavement de la canule à double courant (fig. 13 et 14) dont le tube d'arrivée recevra le tuyau de l'injecteur, fixé, comme pour l'injection vaginale analogue, à 1 mèt. 50 du sol, et le tube de sortie se continuera avec le tube qui tombe dans le seau récepteur.

Pour prendre ce lavement, après avoir préparé la solution injectable à la température voulue (55°), la femme introduira la canule dans le rectum, et si le sphincter ne suffit pas à la maintenir en place, elle la fixera à l'aide d'un

bandage approprié, analogue à celui employé pour la canule vaginale régulatrice. Puis elle s'assied, chaque fesse sur une chaise, ainsi que l'indique la figure 19, au-dessus d'un seau

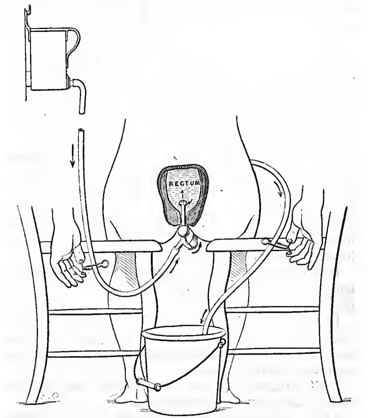


Fig. 19. — Lavement thermo-mécanique.

qui, outre le tuyau de sortie, recevra les gouttes de liquide, qui s'échapperont entre l'anus et l'appareil. D'une main elle tiendra le tuyau d'arrivée au niveau de son robinet, et de l'autre le tuyau de sortie également au

niveau du robinet. Ainsi placée, un robinet dans chaque main, elle procède au lavement. Elle ouvre le robinet d'arrivée, jusqu'à ce qu'elle éprouve la sensation de tension, qui provoque le besoin d'aller à la garde-robe; à ce moment, tout en laissant le robinet d'arrivée ouvert, elle ouvre celui de sortie, et cela, d'une façon intermittente comme pour l'injection vaginale; de telle sorte que le tuyau d'arrivée restant constamment ouvert, celui de sortie ne l'est que de temps en temps, permettant la sortie du liquide, qui de suite est remplacé par une quantité équivalente, qui pénètre par le tuyau de l'injecteur.

Il arrive dans certains cas que le besoin d'aller à la garde-robe est très intense et ne permettrait pas de continuer l'injection sans aller réellement à la selle. En pareil cas il faut fermer un instant le robinet d'arrivée et ouvrir celui de sortie, de manière à diminuer la quantité de liquide séjournant dans le rectum. Ou l'on peut encore parer à cet inconvénient, en diminuant de 10, de 20 ou 30 centimètres la hauteur du réservoir injecteur.

Pour chaque femme il y aura ainsi à proportionner la tension rectale à la sensibilité locale. A chacune suivant sa tolérance.

En tous cas, à l'aide des deux robinets, la femme est toujours maîtresse de régler cette tension, et quand elle aura bien compris le mécanisme de cette injection, elle arrivera facilement à cette régulation.

Pour la quantité de liquide, environ deux litres par minute, comme pour l'injection vaginale.

Les deux points *thermalité* et *distension*, que j'ai mis en relief à propos de l'injection vaginale, ont également ici la même importance; qu'il me suffise de les signaler.

Le lavement thermo-mécanique doit toujours être précédé de l'évacuation rectale, c'est-à-dire d'une garde-robe, qu'elle ait lieu spontanément ou à l'aide d'un lavement évacuant.

Je préfère de beaucoup ce mode d'injection pris ainsi, à celui qu'on conseille dans le bain, et que je considère comme malpropre, car le liquide de l'injection, quelle que soient la précautions prises, entraîne toujours quelques débris de matières fécales, qui nagent dans le bain, si le lavement est pris à ce moment.

Pour ma part, je ne prescris jamais ni un lavement, ni une injection vaginalé dans le bain, car j'estime qu'il est peu hygiénique, ou peu agréable, de se baigner dans le liquide qui a servi à laver les cavités naturelles.

Tels sont les divers points que je tenais à mettre en lumière :

Soit *pour les injections vaginales*, a) *hygiéniques et de propreté*. 1° Injection couchée; 2° injection accroupie. — b) *thérapeutiques*. Injection assise : soit médicamenteuse, soit thermo-mécanique;

Soit *pour les injections rectales et lavements :* a) *lavement simple;* b) *lavement à garder;* c) *lavement thermo-mécanique*.

HYGIÈNE

Le traitement de l'alcoolisme et la liberté individuelle,

Par le Dr E. Marandon de Montyel,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

II

J'ai avancé que le traitement de l'alcoolisme, en France, est impossible ou à peu près, avec la législation en vigueur. La preuve, d'ailleurs, en est faite. Elle est réalisée depuis

(1) Voir le numéro du 15 janvier.

quinze mois par cette section spéciale de cure des buveurs que j'ai organisée en avril 1894, dans mon service de Ville-Evrard, sur les conseils de M. Magnan. Cette section a nécessairement fonctionné en vertu des lois existantes et ce, durant un laps de temps, me semble-t-il, suffisamment prolongé pour qu'il soit permis d'apprécier les résultats que ces lois permettent. Ces résultats, quels sont-ils?

Pas un instant je n'ai pu songer à instituer le traitement dans toute sa rigueur, c'est-à-dire à imposer d'emblée un isolement forcé de six mois à l'alcoolique dès sa première admission au quartier spécial. Je résolus de limiter la durée de la première cure à un trimestre, à un semestre celle de la seconde, à une année celle de la troisième. Pour arriver à faire accepter une thérapeutique encore aussi longue, malgré cette réduction, à des hommes qui, après quelques jours le plus souvent, par exception une semaine au maximum, avaient recouvré toute leur raison, je me suis bien gardé de leur demander leur assentiment. Je la leur ai imposé, mais en leur laissant, pour rester dans la légalité, liberté et facilités complètes de recourir à l'autorité judiciaire ou administrative, tout en leur déclarant en même temps que mon avis leur serait défavorable jusqu'à l'expiration des délais fixés. Eh bien! contre toute attente, ils se sont soumis; il n'en eut pas été probablement de même si j'avais exigé un *semestre* de résignation. Mais un *trimestre* n'a pas soulevé de trop vives protestations; trois seulement dont le délire avait été très dangereux ont eu recours au parquet qui n'a pas donné suite à leur requête. Ce résultat négatif, dont j'ai été fort heureux, n'a peut-être pas été étranger à la docilité que j'ai rencontrée, mais je dirai que, d'une manière générale, les alcooliques, depuis l'ouverture de mon quartier spécial, nous ont tous étonnés par leur bonne conduite, leur douceur et leur discipline. Dans divers autres écrits j'ai eu

déjà occasion de le signaler, et je le signale encore aujourd'hui car ce fait s'est trouvé en contradiction avec les prévisions de tout le monde. C'est une dangereuse imprudence, s'écriait-on, de réunir ensemble dans une même section les nombreux alcooliques délirants de la Seine, après cessation de leur délire; à coup sûr ils se refuseront à l'abstinence, et, d'accord, se révolteront. Pas du tout; ils l'ont acceptée et leur quartier, depuis quinze mois, est le plus tranquille et le plus facile à diriger de tout l'asile. Pourquoi? Parce que nos alcooliques délirants, dans l'immense majorité des cas, ne sont pas, à proprement parler, des ivrognes ni même de bien grands buveurs; la plupart même buvaient beaucoup moins que leurs camarades d'atelier qui, eux, n'en souffrent pas. Ils ont déliré, moins par suite de leurs excès que par suite d'une impressionnabilité cérébrale aux alcools, héréditaire ou acquise consécutivement à des maladies infectieuses ou à des traumatismes, impressionnabilité qu'ils ignoraient jusqu'à la catastrophe. Ils ont donc été tout à la fois des victimes de leur organisation et des inconscients. Aussi ceux-là qui, je le répète, constituent le gros de notre population, sont-ils sincères dans le désir manifesté de ne plus s'exposer à de semblables misères et de suivre un traitement capable de les aguerrir contre tout entraînement. Sinon tous, du moins un certain nombre d'entre eux, sur notre parole formelle que six mois d'isolement sont indispensables pour les garantir à jamais d'une rechute, se résigneraient, je crois, à faire ce sacrifice momentané de leur liberté s'ils étaient sans famille.

Des familles, en effet, bien plus encore que des malades, naît l'obstacle à la durée suffisamment prolongée de la cure. J'en ai déjà touché un mot tout à l'heure. Poussées par la misère, les femmes tiennent toutes le même langage : « S'il rechute, je vous jure de vous le laisser six mois, mais il promet de ne plus boire, maintenant qu'il connaît les

dangers de la boisson ; je vous en supplie, mes enfants n'ont pas de quoi vivre, laissez-le sortir. » Les malheureuses, elles s'accrochent désespérément à cet espoir que leur homme aura acquis en si peu de temps l'oubli des habitudes passées et la force de résister aux mauvais exemples des compagnons de travail ! Et elles mettent dans ces supplications une tenacité vraiment féminine, venant tous les jours de la semaine et à toutes les heures du jour, escortées souvent par leurs enfants en pleurs, car elles savent très bien que les portes de nos cabinets sont toujours ouvertes aux parents des malades. Elles m'ont mis ainsi dans l'obligation de réduire à *deux mois* le minimum de traitement de la première cure, quand elles n'arrivent pas encore à obtenir leurs maris avant, ainsi qu'on le verra par le tableau qui suit. Et cette réduction à deux mois, j'ai dû la consentir pour les célibataires comme pour les hommes mariés. Les sorties anticipées de ceux-ci ont mis dans le cœur de ceux-là le désir de la liberté, et il eût été par trop difficile d'avoir deux poids et deux mesures. Je résiste toutefois jusqu'à la dernière limite et, pour les uns comme pour les autres, je ne me résigne à donner un avis favorable à la mise en liberté que quand je suis à bout de résistance. Le tableau des résultats obtenus par cette lutte de tous les instants depuis quatorze mois, c'est-à-dire depuis le 1er mai 1894, date de l'ouverture de mon quartier spécial de cure des buveurs, jusqu'au 30 juin 1895, est fourni par le tableau suivant. Durant ce laps de temps, ma section a hospitalisé 348 alcooliques, sur lesquels 240 ont été renvoyés ; or, voici quelles ont été les durées de ces cures :

Moins de 15 jours	3
15 jours à un mois	8
1 mois à 1 mois 1/2	13
1 mois 1/2 à 2 mois	15
2 mois à 2 mois 1/2	61

2 mois à 2 mois 1/2	37
3 mois à 3 mois 1/2	16
3 mois 1/2 à 4 mois	15
4 mois à 4 mois 1/2	13
4 mois 1/2 à 5 mois	12
5 mois à 5 mois 1/2	16
5 mois 1/2 à 6 mois	8
6 mois à 6 mois 1/2	2
6 mois 1/2 à 7 mois	4
7 mois à 7 mois 1/2	4
7 mois 1/2 à 8 mois	3
8 mois à 8 mois 1/2	1
8 mois 1/2 à 9 mois	2
9 mois à 9 mois 1/2	1
10 mois à 10 mois 1/2	3
10 mois 1/2 à 11 mois	1
11 mois à 11 mois 1/2	1
11 mois 1/2 à 12 mois	1
Total	240

De ces 240 malades sortis, 11 ont rechuté et nous ont été ramenés, desquels un est mort de délire aigu peu de jours après son entrée et un a été transféré au bout de quatre mois dans l'asile de son département. Des neuf restant, cinq sont encore en traitement, quatre seulement ont été remis pour la seconde fois en liberté; ces quatre-là, qui, la première fois, avaient insisté pour avoir leur sortie au bout de deux mois, se sont docilement soumis après leur retour à la cure de six mois. Mais il est évident que notre section spéciale fonctionne depuis trop peu de temps et le nombre de rechutes est trop limité pour permettre d'ores et déjà un jugement. Seules les données relatives à la durée de la cure lors du premier internement portant sur un laps de temps de quatorze mois et un ensemble de 348 sujets dont 240 mis en liberté, autorisent des déductions. Je signalerai toutefois le temps qu'avaient passé dans l'asile à suivre le régime les 11 buveurs qui ont rechuté : 3 étaient restés deux mois et 2 étaient restés deux mois et demi, trois

mois, trois mois et demi, quatre mois et quatre mois et demi. Ces onze cas confirment bien l'inefficacité des cures inférieures à un semestre pour le moins.

Mais occupons-nous des indications fournies par notre tableau relatif à la durée du traitement des 240 sujets sortis, depuis quatorze mois que fonctionne notre quartier spécial de buveurs. *Ce tableau est la preuve péremptoire que la cure des alcooliques délirants, la seule que permet d'entreprendre la législation en vigueur, est à peu près impossible à réaliser avec cette législation.* En effet, 137 de nos buveurs sortis, c'est-à-dire 57 pour cent, ont été rendus à la liberté après moins de trois mois de traitement, et 68 soit 70 pour cent, après moins de quatre mois! 24 seulement, soit 10 pour cent, ont suivi le traitement durant plus de six mois! Voilà le maximum que permet d'espérer la loi qui nous régit, car nous nous sommes consacré à cette œuvre avec toute l'ardeur et toute l'énergie dont nous étions capable, soutenant une lutte de chaque instant contre les malades et leurs familles pour prolonger le plus possible la thérapeutique bienfaisante de laquelle dépendait le salut, aidé en outre par un hiver exceptionnellement rigoureux qui n'engageait guère à sortir. Nous n'avons rien négligé, mettant tout à profit pour obtenir quelques semaines de plus, sans compter nos exhortations à démontrer aux patients l'inutilité d'un traitement de moins de six mois. Le buveur était-il d'une complexion faible ou atteint de quelque affection? nous tâchions de le prendre par l'espoir d'un rétablissement complet de sa santé physique en restant dans l'établissement, où tous les soins lui étaient prodigués. Se trouvait-on à l'époque du chômage de son métier? nous lui retracions les difficultés de la lutte pour la vie qu'il trouverait au dehors, alors qu'ici il ne manquait de rien, et nous le poussions ainsi à attendre la bonne saison. Avait-il, dans son délire, commis quelque acte délictueux ou cri-

minel? nous nous en armions pour refuser de hâter une délivrance dont les conséquences pouvaient être nuisibles à la sécurité et à l'ordre publics. N'était-il pas à sa première séquestration, ayant été déjà isolé avant l'ouverture de notre quartier, pour alcoolisme? c'était encore là un prétexte dont nous nous emparions pour justifier notre refus de mise en liberté. Nous avons, nous le répétons, tout tenté, tout mis en œuvre; aussi nous croyons-nous autorisé à penser que nous avons obtenu le maximum de résultats possibles axec la législation en vigueur, et nous venons de voir que ce maximum se chiffre par seulement 10 pour cent de cures, d'une durée de six mois et au-dessus, avec 70 pour cent d'une durée de quatre mois!

Mais, pensera-t-on peut-être, jusqu'ici les récidivistes ayant accepté le traitement de six mois, l'espoir est permis qu'il en sera ainsi, sinon de tous, du moins de la grande majorité et alors, de deux choses l'une: ou la première cure, malgré sa courte durée, aura suffi à guérir les buveurs soignés et ils ne reviendront pas, ou, s'ils reviennent, on réalisera cette seconde fois la thérapeutique complète qui n'avait pu être appliquée la première. Tout d'abord, il n'est pas bien certain que les récidivistes de l'avenir témoignent de la résignation et de la patience dont ont fait preuve jusqu'ici le petit nombre de ceux qui nous sont déjà revenus. Mais en fût-il ainsi que la guérison de nos alcooliques serait rien moins qu'assurée, et qu'on me permette à ce propos de rapporter ici, malgré sa longueur, un passage de mon Mémoire sur la *Cure des buveurs*, car il mettra le lecteur au courant d'un détail de cette cure très intéressant et d'une haute importance. J'ai écrit l'an dernier dans les *Annales Médico-Psychologiques :*

« Ce qui donne une importance capitale à la durée du traitement, c'est ce détail bizarre, difficile à expliquer, mais qu'on est contraint d'accepter puisqu'il est tiré d'une

expérience qui compte plus de vingt ans, à savoir que la première cure est décisive. Depuis l'institution du traitement de l'ivrognerie par l'abstinence forcée et prolongée, il ne s'est pas trouvé, que je sache, un seul ivrogne qui, ayant rechuté, ait été complètement guéri par une seconde. *Le buveur qui a manqué sa première cure est irrémédiablement condamné à rester buveur toute sa vie.* Telle est la règle formulée par les praticiens d'Amérique, d'Angleterre, de Suisse et d'Allemagne. Pourquoi? je serais bien en peine de l'expliquer. Une première cure trop tôt interrompue ayant échoué, on serait porté à supposer qu'une seconde plus sévère et plus complète réparerait l'échec de celle-ci. Il n'en est rien. Il faut en prendre son parti; qu'on l'explique ou non, c'est un fait qui s'impose. On guérit la première fois ou on ne guérit pas du tout. On voit maintenant combien il importe d'entourer cette première cure de toutes les garanties de succès, puisque d'elle dépend sans recours l'avenir de l'ivrogne. »

J'ai, paraît-il, exagéré. Dans un article récent, publié par la *Gazette des Hôpitaux*, M. Forel, dont l'expérience est grande dans la matière, m'affirme que j'ai eu tort d'être aussi affirmatif ; contrairement à mon assertion, il a vu, *exceptionnellement* il est vrai, mais il a vu une seconde cure réussir là où une première avait échoué. Mais n'est-ce pas ici le cas où jamais de dire que l'exception confirme la règle. De l'aveu même de M. Forel il ne faut compter qu'exceptionnellement sur une seconde cure, et nous avons vu tout à l'heure qu'en France, avec la législation en vigueur, en s'y consacrant corps et âme, la première n'était réalisable que dans la proportion de 10 0/0 des alcooliques délirants séquestrés. Si à cela on ajoute que même quand celle-ci est complète la récidive se produit deux fois sur trois, on verra qu'avec les lois qui nous régissent on a tout au plus le droit d'espérer 3 0/0 de

succès pour les buveurs traités une première fois, et puisque M. Forel nous dit qu'exceptionnellement certains récidivistes guérissent par une seconde cure, soyons bon prince et ajoutons 2 0/0 provenant de ces derniers. *Ainsi la législation en vigueur ne permet de soigner qu'une seule catégorie d'alcooliques, la moins nombreuse de toutes, celle des délirants, et de ceux-ci elle ne permet, au grand maximum, de n'en guérir que cinq pour cent!* Voilà le résultat auquel m'amène, après quatorze mois, l'expérience de mon quartier spécial où ont passé 348 sujets! N'avais-je pas, dès lors, raison d'avancer que, dans l'état actuel des choses, la thérapeutique de l'alcoolisme est à peu près impossible.

Dans ces conditions, je me demande s'il serait bien sage de dépenser des millions à construire des asiles spéciaux de buveurs, tant que cette législation néfaste n'aura pas été modifiée. Car, enfin, elle peut ne pas l'être, et alors les frais seront par trop disproportionnés aux résultats à espérer. Est-ce à dire qu'il ne faille rien entreprendre? Loin de moi une telle pensée, car ce serait un crime, en présence surtout du mouvement anti-alcoolique du moment. Comme l'a fort bien remarqué M. le Dr Deschamp, conseiller municipal de Paris, au Congrès des médecins aliénistes de Clermont-Ferrand, si nous attendons une modification de la loi pour traiter les alcooliques, nous l'attendrons dix ans et même davantage. Je suis de son avis; je crois même que le meilleur moyen de hâter cette modification est de commencer la cure de l'ivrognerie dans les limites actuellement permises. Il ne faudrait pas, j'imagine, beaucoup de résultats du genre de ceux que mon quartier spécial de Ville-Evrard m'a permis de constater depuis quatorze mois, vérifiés sur des points divers du pays, pour démontrer l'impuissance dans laquelle nous nous trouvons et peser sur le Parlement. Il est donc indispensable d'agir; seulement, étant donné la situation légale de l'heure pré-

sente, je suis d'avis d'agir avec les seules ressources existantes. Dans un article, publié tout dernièrement par la *Tribune Médicale*, j'ai montré comment il était possible, sans aucune construction nouvelle, d'assurer dans mon service à Ville-Evrard le traitement de tous les alcooliques délirants de la Seine, seuls buveurs dont la thérapeutique soit permise aujourd'hui. Je suis certain qu'il serait également possible dans presque tous les asiles de province d'organiser un quartier spécial de cure des ivrognes dans le genre de celui qui fonctionne ici. Et alors nous pourrions en masse nous tourner vers les Chambres et leur demander de nous mettre à même de traiter ces malades comme ils doivent être traités. Cet essai est réalisable sans qu'il en coûte un sou de constructions nouvelles aux finances départementales, et, dans ces conditions économiques n'eût-on que 5 0/0 de succès, que se serait tout bénéfice. Si nous réussissons à obtenir une bonne loi sur les alcooliques, alors sera venu le moment d'édifier des asiles spéciaux de buveurs.

III

Cette impossibilité où nous nous trouvons pour l'instant de traiter convenablement les alcooliques justifie la proposition faite dans leur rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique par M. Magnan et M. Legrain d'ajouter à la loi de 1838 quelques articles additionnels permettant la séquestration des buveurs d'habitude et leur maintien pendant le temps nécessaire à leur guérison. Mais, tout de suite, M. Ch. Muteau les arrête, convaincu qu'ils font un rêve impossible à réaliser. A l'entendre, il ne faudrait pas seulement quelques modifications à la loi, mais dans nos mœurs et nos croyances, dans nos aspira-

tions, dans nos cœurs, le renversement de ce qui leur est le plus cher; la ruine de l'idée que nous nous faisons et qui, celle-là, n'est point un préjugé, de la liberté humaine, liberté de conscience, liberté individuelle, la plus précieuse, à coup sûr, la plus égalitaire de celles qu'un grand homme d'État qualifiait de nécessaires et qui ne doit trouver de barrières que dans la liberté d'autrui. A lire ces lignes, on croirait l'honorable magistrat partisan absolu du droit de s'alcooliser au nom de la liberté individuelle. Telle fut, en effet, mon impression, mais, en poursuivant ma lecture, je fus heureux de constater qu'elle était fausse et que si les vœux de M. Muteau se réalisaient, le traitement des buveurs serait encore assez largement assuré ; seule une catégorie d'ivrognes serait complètement soustraite à la thérapeutique, sacrifiée sur l'autel de la déesse qui a nom : liberté individuelle, pour l'apaiser sans doute de la violence qui lui serait faite. Mais la question mérite d'être examinée en détails sous sa quadruple face : justification du droit de contrainte ; pouvoir chargé d'exercer ce droit; catégories de buveurs contre lesquelles ce droit serait exercé ; possibilité d'obtenir ce droit des Chambres françaises.

Et tout d'abord est-on autorisé à séquestrer l'alcoolique contre son gré et à le guérir malgré lui? Tout comme on est autorisé à isoler contre son gré et à guérir malgré lui le malade atteint d'une affection infectieuse, car, l'un et l'autre, ils sont dangereux pour la société. Il a fallu attendre longtemps en France, avant d'obliger les médecins à la déclaration des maladies contagieuses et les parents à l'obligation de la désinfection. Le principe qu'on invoquait contre ces mesures de salubrité publique était celui invoqué maintenant contre l'isolement forcé des ivrognes : le respect de la liberté individuelle avec accompagnement de l'inviolabilité du domicile et du sanctuaire de la famille. Il nous faudra peut-être attendre longtemps encore avant

d'obtenir le traitement obligatoire de l'ivrognerie. Soit, disent nos adversaires, qu'on traite de force le buveur dangereux pour l'ordre, la morale ou la sécurité publique, mais que ce caractère dangereux ait été établi par des faits. C'est aussi juste que de soutenir la nécessité d'attendre qu'un typhique ou un scarlatineux ait contaminé ses voisins pour prendre contre son mal les précautions nécessaires. Quel praticien, demande M. Ch. Muteau, si expérimenté qu'il soit, osera, lisant dans un avenir incertain, affirmer qu'un tel, qu'on dit marcher vers l'alcoolisme, suivra la pente fatale jusqu'au délire, jusqu'à cette perte de la raison, à cette déviation de la conscience qui, le rendant dangereux pour lui-même et pour autrui, pourraient seuls justifier son internement. Et il cite à l'appui la loi de 1838 qui n'a autorisé pareille séquestration que lorsque l'aliéné peut compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, avec en outre une ordonnance motivée qui rend responsable l'autorité de qui elle émane.

Cette doctrine funeste a encombré depuis cinquante ans tous nos asiles de chroniques incurables au très grand détriment, non seulement des malades, mais encore des finances départementales. Attendre, en effet, que l'aliéné ait commis un méfait pour le soigner est attendre son incurabilité; eh bien! de même attendre que le buveur rentre dans les conditions demandées est attendre qu'imprégné d'alcool jusqu'aux moelles il soit devenu rebelle à toute thérapeutique. Sous le fallacieux prétexte de respecter la liberté individuelle on aura condamné pour la vie, l'un à la folie, l'autre à l'ivrognerie. Le joli service, en vérité, qu'on leur aura rendu à tous les deux. Croit-on qu'il n'eût pas été préférable de les traiter quand il en était temps encore, même au prix d'une atteinte à cette sainte liberté et que rendus celui-là à la raison, celui-ci à la sobriété, ils se seraient scandalisés de la violence subie? La vérité est que

l'alcoolisme comme la folie constitue par lui-même un danger social, et on est d'autant plus fondé à prendre contre eux des mesures restrictives de la liberté que ces mesures, en apparence vexatoires, sont en réalité tout aussi utiles à l'individu qu'à la société, car, par elles, si l'une se garantit, l'autre se guérit. Donc il est juste et humain que tout buveur curable, de même que tout aliéné dans ce cas soit hospitalisé et soigné, fût-ce au prix du sacrifice momentané de sa liberté, et cela est peut-être plus vrai encore du premier que du second.

En effet, le traitement de l'ivrognerie nécessite un isolement beaucoup plus rigoureux que le traitement de la folie; certains aliénés guérissent en liberté, jamais un ivrogne ne guérit dans ces conditions, car sa cure n'est possible que s'il est mis, comme nous l'avons établi plus haut, dans l'impossibilité absolue de boire durant un temps assez long. Il est par conséquent très exact de dire que ce respect exagéré que l'on prêche de la liberté individuelle est encore bien plus nuisible au buveur qu'au fou. Il est aussi bien plus nuisible à la société en matière d'alcoolisme qu'en matière d'aliénation. Buveurs et aliénés exposent sans doute aux mêmes dangers, l'ordre, la morale et la sécurité publics et pour tous les deux c'est fouler aux pieds les intérêts de tous que d'attendre d'eux des attentats à peu près certains avec le temps au lieu de les prévenir. Mais les buveurs ont un pouvoir de suggestion et d'exemple que n'ont pas les aliénés, et qui les rendent, à cet égard, beaucoup plus dangereux pour l'entourage. Il est exceptionnel que la folie se communique; cette communication désignée sous des termes erronés mais qui néanmoins expriment bien le phénomène, cette communication appelée : *contagion mentale morbide*, exige pour se produire des conditions particulières, rarement réalisées, que je me suis efforcé d'étudier en détails l'an dernier dans les *Annales médico-psycho-*

logiques. Il en résulte qu'un aliéné en liberté n'exerce d'ordinaire aucune action fâcheuse sur l'esprit de son entourage. Il en est tout autrement du buveur ; sa passion est communicative, contagieuse, qu'on me permette cette expression, à un haut degré, et cela d'autant plus qu'elle sera moins crapuleuse et aura des airs de modération. Il suffit d'un buveur de cette sorte dans l'atelier le plus sobre pour, en peu de temps, produire les plus grands ravages. Il n'est pas une maladie infectieuse dont la propagation soit plus rapide ni plus funeste. Les pouvoirs publics ont donc le même devoir dans les deux espèces de s'opposer à la contagion.

Aussi voyons-nous des pays où le culte de la liberté individuelle est poussé à l'excès, telles l'Angleterre et la Suisse, ne pas hésiter, dans l'intérêt même des buveurs encore plus peut-être que de la société, à voter des lois restrictives de cette liberté afin d'assurer le traitement des alcooliques. Osera-t-on soutenir que de telles mesures scandaliseraient les gens de notre pays, que le respect de la liberté individuelle est à ce point ancré dans nos cœurs, nos croyances et nos mœurs que l'isolement des buveurs opéré dans le but de les guérir révolterait nos sentiments les plus intimes et les plus sacrés ! La mystification serait vraiment par trop forte ! Alors que tous les mendiants et toutes les courtisanes sont livrés sans contrôle, poings et pieds liés, à la discrétion du pouvoir administratif qui par simple arrêté a le droit d'attenter à leur liberté, sans que nous en soyons choqués, les ivrognes seuls auraient la spécialité de nous émouvoir à ce point ! Etrange contradiction ! En réalité, confessons-le, en cette matière nous sommes beaucoup moins chatouilleux que nos voisins les Anglais et les Suisses, et il n'est dès lors aucune raison de ne point admettre ce qu'ils ont parfaitement admis. L'argument tiré de l'opinion publique en France me paraît donc dépourvu de tout fondement.

Mais si je demande qu'atteinte soit portée à la liberté individuelle des buveurs dans le but de les soigner et dans un but de préservation sociale, je m'empresse d'ajouter que eette atteinte doit être entourée de garanties telles qu'elle ne se produise jamais à tort. Et ici je suis d'aceord avee M. Ch. Muteau pour réclamer l'intervention judieiaire. En principe, il me semble que la question ne se pose même pas. Dans une République démocratique laisser à un autre pouvoir qu'à la justiee le droit de toucher à la liberté des citoyens est un de ces non-sens et une de ces aberrations dont la politique seule peut s'accommoder. Qu'il s'agisse d'aliénation mentale, d'alcoolisme ou d'autre chose, du moment qu'on est contraint, dans un intérêt quelconque, fût-ee même dans eelui de l'individu, de priver un homme de sa liberté, il est inadmissible qu'une autre autorité que celle ehargée précisément de veiller sur elle, intervienne. En pratique c'est le meilleur moyen d'éteindre à peu près eomplètement les aceusations de la presse et du publie relatives à de prétendues séquestrations arbitraires. Dans les affaires des particuliers la magistrature française est au-dessus de tout soupçon; ses pires ennemis, ceux-là mêmes qui ehaque jour portent eontre elle les aeeusations les plus graves, sont obligés de s'incliner et de reeonnaître son absolue indépendanee sur ee point. Jamais done, en matière de séquestration d'alcoolique ou d'aliéné, elle ne sera soupçonnée de s'être prêtée à des eomplaisanees eoupables, et ee sera déjà un avantage eonsidérable.

Ainsi aux magistrats seuls seraient dévolus le soin et le droit d'assurer le traitement de l'ivrognerie. Avee M. Ch. Muteau, je ne saurais, en eonséquenee, aeeepter que les individus, même notoirement adonnés à la boisson, soient isolés sur la simple demande de leurs parents ou de leurs amis, ainsi que semblent le désirer M. Magnan et M. Legrain, à en juger par un passage de leur rapport au eonseil

supérieur de l'Assistance publique. Ce serait une porte ouverte, sinon à trop d'abus réels, du moins à trop de suppositions malveillantes et d'accusations calomnieuses. Pas plus en matière de traitement de l'alcoolisme qu'en matière de traitement de la folie, je ne reconnais la légitimité du placement volontaire opéré par de simples particuliers contre le gré des patients. Dans un mémoire que publièrent en 1888 les *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale*, lors du vote par le Sénat de la nouvelle loi sur les aliénés, j'ai demandé que les placements dans tous les cas fussent opérés, non plus par le préfet, après enquête des commissaires de police, fonctionnaires politiques, mais par le président du tribunal, après enquête du juge de paix, fonctionnaires judiciaires. Il en serait de même en ce qui concerne les buveurs.

(A suivre.)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Traitement de l'actinomycose par les injections sous-cutanées d'iodure de potassium (Rydygier, *Novving. lek.*, n°s 8 et 9, 1895). — M. Rydygier (Cracovie), a eu l'idée d'administrer l'iodure de potassium sous forme d'injections sous-cutanées.

Un étudiant en médecine qui, atteint d'actinomycose, avait subi, sans succès, un traitement chirurgical, qui avait pris à l'intérieur de l'iodure de potassium et de sodium sans en obtenir la guérison, fut soumis à des injections sous-cutanées de solutions d'iodure à 1 0/0. A des intervalles de huit à qua-

torze jours, il reçut ainsi, chaque fois, de 2 à 4 centimètres cubes de la solution; en même temps, il continua l'usage interne de l'iodure. La guérison fut obtenue d'une façon complète dans l'espace de deux mois.

Un autre malade, ayant pris sans succès l'iodure de potassium sous la forme habituelle pendant six jours, fut soumis au même traitement. Le succès fut remarquable. Le malade, s'étant soustrait au traitement, conserva cependant de l'infiltration de la région ombilicale.

Dans plusieurs cas d'actinomycose de la paroi abdominale, les injections de la solution aqueuse d'iodure de potassium à 1 0/0 ont suffi à amener la guérison, en l'absence de tout traitement, par les voies digestives. (*Bull. Méd.*)

Traitement des abcès par congestion (Jonnesco, *Ac. de Méd.*, 5 nov. 1895). — L'auteur a présenté l'observation d'un malade chez lequel il s'était produit deux poches fessières qui furent incisées, grattées et suturées.

Existait aussi une troisième poche présacrée. L'auteur, pour y avoir accès, trépana le sacrum, ouvrit par cette voie la poche présacrée et fit le grattage et le drainage. Les deux premières poches guérirent par première intention, la dernière au bout d'un mois et demi. La guérison s'est maintenue depuis. Cette méthode a donné des résultats plus complets et plus rapides que la méthode des injections modificatrices.

Gynécologie et Obstétrique.

De l'emploi de l'eau oxygénée pour l'hémostase intra-utérine (Petit (P.), *Société obstétric. et gynécol. de Paris*, 12 décembre 1895). — De la triple propriété que possède l'eau oxygénée d'activer la précipitation de la fibrine, d'exciter la fibre lisse et de ne léser que peu ou pas les tissus, M. Petit croit légitime de conclure que ce doit être un excellent hémostatique pour l'usage externe. En présence d'une hémorrhagie

intra-utérine due à une métrite fongueuse ou à un fibreme interstitiel, si l'en intreduit d'un ceup, jusqu'au l'end de l'organe, une tige perte-topique, garnie d'ouate et trempée sans être esserée dans de l'eau exygénée à 12 V, on observe : la productien d'une meusse très abendante qui fuse à travers l'orifice externe, la contraction de l'ergane sur la tige, l'arrêt immédiat de l'hémerrhagie; pas de douleur, pas de medification des tissus, persistance de l'hémostase pendant un temps assez leng, suffisant peur permettre à une malade anémiée de reprendre des ferces et de supperter à un moment denné une interventien radicale s'il y a lieu. (*Mercr. Méd.*)

Médecine générale (1).

Sur le régime des néphrétiques (Hirschfeld, *Zeitschrift für Krankenpflege*, nº 5, mai 1895). — Les médicaments étant de peu d'utilité dans le traitement des néphrites, il imperte d'insister sur le régime qu'aurent à suivre les sujets atteints d'affectiens rénales.

Albuminurie. — C'est à elle qu'il faut penser en premier lieu. On défendra tout ce qui irrite les reins et, par suite, augmente l'albuminurie. D'après l'avis de plusieurs médecins, il faudra mettre seus cette rubrique les *œufs*. Toutefois il ne faut pas perdre de vue que neus ne sommes sûrs et certains que de la necuité de l'administratien des œufs en grande quantité : aussi est-ce seulement contre l'abus des œufs que le malade sera prémuni. Plus dangereuses que les œufs semblent être les substances fumées, telles que, par exemple, jambon, saucissens, etc. Les liqueurs seraient aussi capables d'exagérer l'albuminurie. On aurait aussi à prescrire quelques épices très irritantes, telles que peivre, meutarde. Enfin Penzoldt déconseille aussi l'emploi du raifort.

(1) La Revue est faite par les soins de l'Institut international de bibliographie, dirigé par le Dr Marcel Baudein.

Déperdition d'albumine. — On insistait autrefois sur la déperdition d'albumine que subit l'organisme par suite de l'albuminurie et l'on tâcha d'y remédier par le régime. Mais on a péché sous ce rapport par excès : en effet, même dans les albuminuries les plus accusées, l'appauvrissement do l'organisme en albumine n'est pas bien considérable. On a pensé à y remédier par l'introduction, avec les aliments, des albuminoïdes en plus grande quantité : or, plus est grand l'apport des albuminoïdos, et plus aussi est grande leur décomposition. Do nouvelles quantités d'albumino ne se déposent dans l'organisme que conjointement avec de nouveaux dépôts de graisse, à savoir, quand l'apport des substances nutritives est supérieur à leur déperdition. Uno suralimentation semble parfois avoir sa raison d'être dans le traitoment de la néphrite, mais il va sans dire que ce n'est pas un but vers lequel il faut tendre toujours et dans tous les cas imaginablos.

Les reins considérés comme émonctoires des déchets azotés. — Pour reconnaître le degré d'altération pathologiquo de cetto fonction si importante des reins, la meilleure méthodo à suivre, c'est d'observer des malades passant d'un régime pauvro en albuminoïdes à un régime riche en albuminoïdes. On s'aperçoit alors que les néphrétiques tardent plus longtemps que les sujets sains à augmenter la quantité d'azote éliminé par l'urine, parallèlement à l'augmentation de leur introduction avec les aliments. Cette constatation remarquable s'explique par ce fait, que les reins altérés pathologiquement ne sont pas de bientôt à même d'éliminer de plus grandes quantités d'urée comme ils le font à l'état physiologique. On voit donc qu'en administrant aux malades une alimentation riche en albuminoïdes, on s'expose à voir s'accumuler dans leur organisme des déchets azotés.

Viande. — C'est la viande qui occupe le premier rang parmi les substances alimentaires. Senator recommando surtout les viandes blanches, pauvres en substances extractives

et en ptomaïnes. Cela ne veut pas dire que les autres sortes de viandes seront complètement prohibées, mais tout simplement que la préférence sera donnée aux viandes blanches, c'est-à-dire à la viande des animaux jeunes (veau, mouton, cochon de lait) et de la plupart des poissons et de la poulaille jeune. Pour ne pas surpasser 70 grammes d'albumine par vingt-quatre heures, il ne sera permis aux malades de prendre que 100 grammes de viande (pesée crue) le matin et 50 grammes le soir, ce qui équivaut à 30 grammes d'albumine. Quant aux 40 grammes restants, c'est aux albumines végétales contenues dans le pain et les légumes qu'il faudra demander ce supplément.

Lait. — Le lait joue un rôle important dans le régime des néphrétiques et la plupart des médecins allemands en ordonnent 1 à 2 litres par jour. Le succès de cette prescription s'explique en partie par la suralimentation des malades prenant le lait. Toutefois il ne faut pas oublier le fait bien connu, que contre certains troubles circulatoires, c'est la diète sévère qui est de mise et non la suralimentation. De plus, ce qui rend parfois désavantageux l'emploi du lait, c'est la polyurie qu'il provoque. Les malades se refusent-ils absolument à prendre le lait pur, on essaiera alors de corriger son goût en y ajoutant un peu de carbonate de chaux ou une cuillerée à café de cognac. N'y réussit-on pas, on se contentera alors de donner le lait dans le bouillon, avec du thé ou du café. Senator attire dans ce but l'attention surtout sur les farines de lait (de Nestlé, par exemple).

Crème. — C'est un bon succédané du lait qui est pris volontiers par beaucoup de personnes qui ressentent un dégoût invincible contre le lait. On l'administrera aussi avec du thé ou du café. La richesse si considérable de la crème en graisse en fait une substance alimentaire de premier choix, et il est regrettable qu'elle n'est pas prescrite aussi souvent qu'elle le mériterait dans le régime des malades.

Fromages. — La plupart des médecins déconseillent aux néphrétiques l'ingestion des fromages. Nous ne possédons pas, il est vrai, de données expérimentales à cet égard ; mais tout de même il est assez probable que les reins sont irrités par les acides gras et les produits de décomposition azotés contenus dans les fromages.

Graisses. — On les permettra sous toutes les formes et en n'importe quelle quantité.

Aliments végétaux. — Ils sont aussi permis sous n'importe quelle forme, telle que, par exemple, pain, légumes, fruits. Bunge recommande vivement le *riz*, très pauvre en sels : l'apport diminué des sels et, par suite, l'élimination diminuée elle aussi, déchargent considérablement les reins du travail qu'ils ont à accomplir. De plus, tout en étant riche en hydrate de carbone, le riz est relativement très pauvre en albuminoïdes, d'où le peu d'urée formée par sa désassimilation, ce qui en facilite d'autant le travail des reins.

Alcool. — Cette question est très importante. Doit-on permettre aux néphrétiques l'ingestion des liqueurs spiritueuses ? Tout d'abord il est à noter que, à n'en pas douter, ils n'en ont nullement besoin comme substance alimentaire. En effet, nous avons déjà indiqué plus haut que, dans la néphrite, la suralimentation n'est pas d'aussi grande utilité comme c'est, par exemple, le cas dans la tuberculose ou le diabète. D'autre part, c'est surtout dans la néphrite que les inconvénients de l'alcool deviennent très dangereux. A commencer par son action irritante sur les reins qui est très à redouter ici. Ensuite, l'alcool peut aussi influencer défavorablement le cœur et les vaisseaux. Nous avons surtout en vue l'athéromatose si fréquente chez les néphrétiques : l'influence nocive de l'alcool sur cet état des vaisseaux est incontestable et incontestée. Aussi est-on autorisé à proscrire absolument l'alcool du régime des malades atteints de néphrite. Seules les personnes

habituées à l'abus des alcooliques recevront la permission de prendre par jour 500 centimètres cubes de bière, ou 200 à 300 centimètres cubes de vin, ou 50 grammes de cognac ou enfin 50 grammes d'eau-de-vie débarrassée d'huile empyreumatique.

Vin rouge. — Beaucoup de médecins recommandent le vin rouge, d'une part, pour son action stimulante sur la digestion et, d'autre part, à cause de sa teneur en tannin. Sa première propriété seule peut légitimer son emploi dans la néphrite : en effet, l'action favorable du tannin sur les affections rénales n'est nullement démontrée.

Cidre. — Son utilité est aussi loin d'être démontrée : il n'y a donc aucune raison de déroger en sa faveur de la règle qu'il faut, dans la néphrite, défendre toutes les boissons spiritueuses.

S'appuyant sur les considérations exposées plus haut, on peut proposer le menu suivant pour le régime des néphrétiques (les quantités de viande sont données d'après leur pesée à l'état cru) :

	ALBUMINE	GRAISSE	HYDRATE DE CARBONE
150 gr. de viande (100 gr. au diner et 50 gr. le soir)................	32	—	—
350 gr. de pain (200 gr. de pain blanc et 150 gr. de pain bis).....	28	—	185
Légumes et fruits........................	10	—	100
400 gr. de sucre (avec le café, le thé et les autres aliments)	—	—	40
100 gr. de beurre..................	—	85	—
40 gr. de graisse (dans la viande ou pour préparer les légumes)......	—	40	—
Total (en grammes).....	70	125	325

(*Therapeutische Wochenschrift*, 1895, n° 26, p. 560 et 561.)

Trois cas d'acromégalie traités par des tablettes du corps pituitaire (G. Marinesco, *Soc. Méd. des hôpitaux*, Paris, 1895, séance du 8 novembre). — L'acromégalie est liée à la perversion de la glande pituitaire; dans certains cas la glande pituitaire a subi une transformation hétérologue; les cellules glandulaires ont disparu et sont remplacées par des éléments d'un autre ordre et incapables de fournir la sécrétion normale.

Trois malades (2 femmes et 1 homme) présentés par l'auteur ont été soumis au traitement par le corps pituitaire; chez tous on a constaté l'hypertrophie des extrémités, la céphalalgie paroxystique et des troubles de la vue (rétrécissement concentrique chez la première malade; légère hémianopsie chez le deuxième; hémianopsie très caractéristique chez la troisième). Les deux premiers appartiennent au type massif, la troisième au type géant.

On a administré aux malades du corps pituitaire sous forme de tablettes, et le traitement a exercé une action élective très manifeste sur la tumeur pituitaire ou sur la circulation intracranienne.

De la médication thyroïdienne dans le goitre vulgaire (P. Marie, *Soc. Méd. de hôpitaux*, Paris, 8 nov. 1895). — La malade présentée par l'auteur est une jeune fille de dix-neuf ans, ayant un goitre depuis cinq ans. On lui fit ingérer quotidiennement 2 tablettes de corps thyroïde de mouton. Le goitre diminua d'une façon considérable en quelques jours sous le rapport du volume et de la consistance. Il y eut alors quelques accidents de thyroïdisme qui disparurent en un ou deux jours.

La médication thyroïdienne constitue donc une méthode de choix dans un certain nombre de cas de goitre vulgaire.

Chez le malade les accidents de thyroïdisme furent faibles, contrairement à ce qui s'observe chez les myxœdèmes soumis à l'ingestion thyroïdienne. L'innocuité relative de la mé-

dication thyroïdienne dans le goitre simple est encore un nouvel argument pour préconiser cette médication comme une méthode éclectique dans le traitement du goitre vulgaire.

Maladies de la peau et syphilis.

Traitement du phagédénisme du chancre simple par la la solution forte de tartrate ferrico-potassique (Hallopeau et Macrez, *Soc. franç. de derm. et de syph.*, Paris, 16 nov. 1895). — Voici, en quelques mots, les conclusions de ce travail. Trop abandonné aujourd'hui, le tartrate ferrico-potassique a une action spécifique sur le phagédénisme du chancre simple ; il faut l'employer en solutions fortes et d'une façon régulière ; la médication provoque, pendant les premiers jours, quelques douleurs qu'on atténue beaucoup en faisant précéder l'application d'un attouchement à l'alcool pur; peu de jours après, l'application du tartrate ne provoque plus de douleurs. Il y a une grande analogie entre le phagédénisme et la pourriture d'hôpital. Il faudrait rechercher si, dans le phagédénisme, un agent pathogène spécial ne vient pas s'ajouter au bacille de Ducrey; dans ces deux cas, une diminution dans le pouvoir infectant de l'agent pathogéne est indiqué par la substitution d'une formation dense et néo-membraneuse à l'exsudat pultacé et putrilagineux.

Électrothérapie.

Traitement de l'orchite (Ducastel, *Journ. de Med. et de Chir. prat.*, 10 nov. 1895, p. 814-816). — Faut-il aliter un malade atteint d'orchite? Oui, répondront à Paris les médecins des hôpitaux et ceux de la clientèle privée. Les idées ne sont pas les mêmes dans les écoles de Lyon et de Montpellier. On a prouvé à Lyon qu'un sujet atteint d'orchite peut ne pas garder le lit et librement vaquer à ses affaires, à la condition

qu'il porte un bon suspensoir. L'auteur a pu obtenir des cures en douze ou quinze jours; le malade subit un stypage des bourses avec le chlorure de méthyle; après quoi on lui applique un suspensoir ouaté; le suspensoir est enlevé tous les deux jours, un nouveau stypage est pratiqué et le suspensoir est réappliqué.

La durée du traitement est courte, les malades guérissent plus vite que ceux soumis à l'ancien traitement antiphlogistique et ils peuvent à la fois cacher leur mal et ne pas suspendre leurs affaires.

Traitement de l'anémie par l'insolation électrique (Hureau de Villeneuve, *Soc. méd. chirurgicale*, Paris, 25 novembre 1895). — Les animaux sont comme les végétaux; il leur est très nuisible de rester dans l'obscurité; le nombre des globules rouges diminue et la quantité d'hémoglobine décroît: les symptômes d'anémie apparaissent. Le soleil agissant sur la peau revivifie les globules et combat l'anémie avec succès. C'est pourquoi, en Suisse, on a eu l'idée de faire prendre des bains de soleil, mais ce mode de traitement, subordonné aux intempéries du temps, n'est pratiqué qu'en été, et encore à certaines heures de la journée. Aussi, le procédé suisse vient-il d'être perfectionné à Philadelphie: on a établi un établissement d'insolation électrique. On place le malade nu dans une petite chambre fortement éclairée par 20 ou 30 lampes à incandescence, on couvre la tête d'un voile qui a pour but de préserver les yeux des radiations électriques et d'empêcher que la peau brunisse, les mains sont couvertes de gants montants. La température de la chambre est suffisante pour éviter le refroidissement et on fait soulever des haltères et exécuter différents mouvements gymnastiques. La durée de chaque séance est d'une demi-heure environ. Au bout de quelques jours, la peau brunit, les globules rouges augmentent et la santé générale s'améliore. L'auteur assure que ce traitement peut avoir raison non seulement de l'anémie, mais encore de la tuberculose au premier degré.

Sérothérapie.

Un cas d'érysipèle de nouveau-né traité par le sérum antistreptococcique (Steele, *Brit. med. journ.*, 7 déc. 1895, p. 1418). — Le cas rapporté par l'auteur était extrêmement grave ; la guérison doit être rapportée au sérum antistreptococcique de Ruffer et Robertson.

Un enfant de 3 semaines était atteint, le 4 octobre 1895, d'un érysipèle de l'ombilic qui avait gagné l'hypogastre, les fosses iliaques, le haut des cuisses, les fesses, le pénis et le scrotum qui étaient tuméfiés. Au-dessus du pubis, la peau était rouge pourpre et gardait l'empreinte du doigt à la pression profonde. L'ombilic n'était pas cicatrisé. L'enfant était très mal et refusait le sein. La température atteignait 38°,8 et le pouls 150. Une injection de 6 centimètres cubes de sérum fut pratiquée entre les épaules.

Le 6 octobre, la température était de 38°,4. L'enfant avait pris le sein et il y avait une amélioration générale et locale légère. On fit une nouvelle injection de 6 centimètres cubes.

Le 7 octobre, l'amélioration était manifeste et la température était tombée à 37°,7.

Le 8 octobre, l'enfant allait bien ; mais une plaque rouge se montra à la cuisse gauche et, en même temps, apparut sur le scrotum une plaque de sphacèle. Une autre injection de 5 centimètres cubes fut pratiquée.

Le 13 octobre, tout allait bien. L'eschare scrotale s'était limitée et elle s'élimina les jours suivants.

Le 26 octobre, tout était terminé. (*Presse Méd.*)

Un cas de cellulite traitée avec le sérum antistreptococcique de Marmorek (Beaterlez, *Brit. med. journal*, 7 déc. 1895, p. 1416). — L'auteur rapporte un cas de plegmon diffus du cou et de la face pour lequel il pratiqua des injections de sérum antistreptococcique que lui envoya M. Mar-

morek. Le succès ne couronna pas la tentative, mais le cas était désespéré. Il y eut même une amélioration et, s'il n'était survenu une diarrhée incoercible, le malade aurait été guéri.

Il s'agit d'un adolescent de 15 ans, atteint d'un furoncle siégeant au-dessous de la commissure droite et qui ne tarda pas à se compliquer de cellulite diffuse. Malgré de longues incisions, l'état général empira les jours suivants. Le 9 juillet, le malade était dans une situation désespérée, l'œdème infectieux avait envahi le cou et la face du côté droit. Dix centimètres cubes de sérum antistreptococcique furent injectés le 11, puis 13 centimètres cubes, le 12. Le 13, il y avait une amélioration totale. Le 14, on injecta encore 21 centimètres cubes de sérum. Le 15, l'amélioration locale était manifeste. La nuit suivante fut bonne et, le 16, le malade était mieux. Pour le faire aller à la selle, on lui avait ordonné la veille du calomel qui n'avait produit aucun effet. On en prescrivit une nouvelle dose, encore en vain, puis, on donna de l'huile de ricin. Le 17, l'état avait empiré ; le malade avait été 6 fois à la selle dans le courant de la nuit. La mort survint le lendemain.

L'examen bactériologique de la sérosité purulente obtenue par une incision dans le foyer œdémateux ne révéla, comme microorganismes, que le staphylococcus pyogènes albus. (*Presse Méd.*)

Note sur l'emploi du sérum des animaux immunisés contre le tétanos (Vaillard, *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, octobre 1895). — Le tétanos traduit une intoxication d'origine microbienne, le poison qui l'engendre est très actif ; il trouve son antidote dans le sérum des animaux immunisés contre le tétanos ; sans détruire la toxine, le sérum la rend inoffensive ; il a un pouvoir antitoxique prodigieux ; cependant, le sérum guérit rarement ; il ne peut enrayer les conséquences de l'empoisonnement effectué ; il rend de réels services quand il agit pour empêcher l'éclosion de la mala-

die. Injecté aux animaux, le sérum les immunise temporairement ; il préserve les animaux infectés avec le virus vivant. Il est indiqué de faire des injections préventives de sérum : 1° aux sujets atteints de traumatismes favorables au développement du tétanos (plaies par écrasement, plaies contuses) ; 2° à certains opérés (castration, opération sur le pied chez certains animaux domestiques). L'emploi du sérum préventif serait très utile dans les régions tropicales de l'Amérique et de l'Afrique ; il sera applicable partout où règne le tétanos des nouveau-nés. En vétérinaire, où le tétanos est fréquent, surtout à la suite de la castration, l'injection préventive du sérum sera très efficace.

De la médication thyroïdienne dans le goitre vulgaire (Marie, *Soc. méd. d'hôp.*, 1895, 8 nov.). — Une jeune fille de 19 ans avait un goitre qui s'était développé depuis l'âge de 14 ans. Ce goitre était gros comme une orange et avait une consistance élastique. Cette malade fut soumise au traitement thyroïdien (2 tablettes par jour) et au bout de peu de temps le goitre avait diminué de plus de moitié, sa consistance était plus molle. Quelques accidents de thyroïdisme qui survinrent disparurent en un ou deux jours.

L'auteur a obtenu 15 guérisons totales sur 60 cas et il a toujours obtenu de l'amélioration chez les autres. Disons toutefois que, si les résultats ont été aussi satisfaisants, c'est que la malade était jeune et que son goitre, d'origine récente, était d'un volume modéré. Chez les myxœdémateux, les accidents de thyroïdisme sont plus fréquents et plus intenses.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 124.1.96.

HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

QUATRIÈME LEÇON

Traitement des dyspepsies.
Comment devient-on dyspeptique ?

Des rapports de la dyspepsie avec l'anémie, la tuberculose et la goutte. — Déductions thérapeutiques.

Par M. Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

I

Nous avons vu comment on devient dyspeptique; nous avons étudié ensuite les rapports fonctionnels qui peuvent réagir d'un organe sur l'estomac ou de celui-ci sur les autres organes. Il nous reste maintenant à passer en revue les relations nombreuses et souvent complexes qui existent, non plus entre les organes, mais entre les maladies générales et la dyspepsie.

Ce chapitre mériterait d'être largement traité, car c'est le plus souvent au cours de ces affections que l'on rencontre la dyspepsie. Malheureusement, le temps nous manque pour donner à la question toute l'ampleur qu'elle mériterait. Ce n'est pas de la clinique séméiologique que j'ai l'intention de faire; mon but, beaucoup plus simple, est de tracer seulement les grandes lignes qui peuvent servir de guide à la thérapeutique. Je limiterai donc cette étude à établir les relations qui existent entre la dyspepsie d'une part, et l'anémie, la tuberculose, la goutte et le rhumatisme, d'autre part.

II

Rapports des dyspepsies avec les anémies

A. — Tout d'abord il est utile de faire remarquer que, depuis Beau, qui, comme je l'ai déjà rappelé au cours de ma première leçon, a merveilleusement établi le cadre des dyspepsies, les choses n'ont pour ainsi dire pas changé. Beau a compris le premier quels liens intimes existaient entre les troubles de l'estomac et les maladies de déchéance. Aussi y a-t-il fort peu de choses à modifier dans le tableau qu'il en a tracé.

Un seul élément peut être enlevé à son étude : pour Beau, la dyspepsie était la cause primaire d'un grand nombre des maladies de la nutrition. Dans un premier stade, l'estomac seulement était touché, puis, la nutrition devenant de plus en plus troublée, les qualités du sang se trouvaient altérées, d'où l'anémie ; enfin, dans un troisième et dernier stade, le malade devenait cachectique, tuberculeux ou cancéreux.

Cette manière de comprendre la dyspepsie est toujours juste, mais cependant Beau a été trop loin, en considérant la dyspepsie comme cause unique de l'anémie, d'abord, puis de la déchéance organique. Certes, l'estomac malade conduit à la dénutrition ; mais il est aussi exact, dans beaucoup de cas, de voir les maladies générales réagir sur l'estomac et provoquer une dyspepsie secondaire.

C'est ce que nous allons voir, en prenant successivement les maladies que je viens de citer.

B. — Prenons d'abord l'*anémie*. Voilà une maladie bien connue, et devant des malades qui en présentent les signes classiques, souffle carotidien, décoloration de la peau et

des muqueuses, faiblesse extrême, maux de tête, inappétence, etc., le plus grand nombre des médecins ne songent même pas à chercher plus loin et instituent d'emblée un traitement ferrugineux et un régime analeptique, de manière à provoquer la reconstitution du liquide sanguin.

Eh bien, c'est là une grosse erreur de thérapeutique dans beaucoup de cas ; il faut se rappeler que l'âge favori de l'anémie c'est de 15 à 20 ans, surtout chez les jeunes filles. Plus tôt ou plus tard, il est bon de chercher une origine à cette anémie qui, fréquemment chez l'enfant ou chez l'adulte,est de cause dyspeptique.

Bien des fois, on voit des enfants, jusque-là bien portants, pâlir et maigrir subitement, ne plus manger et présenter tous les signes de l'anémie confirmée. La première idée du médecin est de donner du fer et des viandes rouges, de forcer l'alimentation. Ce traitement n'a d'autre effet que d'amener une aggravation de l'état du petit malade.

C'est que cette anémie subite et aiguë reconnaît pour cause la dyspepsie. Si l'on y avait regardé de près, on aurait reconnu que l'enfant avait la langue chargée, de la constipation. Suivant la coutume absurde qui sévit dans les familles, on a gorgé cet enfant d'aliments,sous prétexte de le mettre en état de supporter la croissance ; cette surcharge alimentaire a provoqué une dyspepsie gastro-intestinale suivie d'anémie rapide, et le traitement classique de l'anémie n'a d'autre résultat immédiat que d'exaspérer les troubles gastriques.

Au contraire, loin de faire de la suralimentation, donnez des purgatifs à l'enfant, instituez une diète relative, lait et végétaux pris en petits repas très surveillés, vous verrez le jeune malade reprendre rapidement ses forces et l'anémie disparaitre, sans aucun traitement ferrugineux.

Il en est de même chez l'adulte ; un habile médecin de Tours, M. Duclos, a noté une anémie spéciale, fréquente

chez la femme, et dans laquelle le traitement ferrugineux ou arsenical ne produit aucune amélioration. Les sujets sont tous des constipés invétérés chez lesquels le rétablissement de la fonction intestinale amène assez vite la disparition de l'anémie. Pour guérir celle-ci, c'est donc la constipation qu'il faut traiter.

Ces anémies d'origine dyspeptique intestinale avec constipation, ont été bien étudiées en Angleterre par A. Clarke et elles constituent même un type auquel on a donné le nom de cet auteur. En Allemagne, Schultz et Strubing ont aussi étudié cette question, mais moins clairement; ils ont fait du *soufre* la panacée de l'anémie. Le soufre est un purgatif, et Schultz avait raison, mais seulement pour le type de Clarke, dans lequel la constipation est de règle; c'est évidemment dans ce cas que le soufre, agissant comme purgatif, peut donner de bons résultats.

Autre exemple, cette fois chez l'homme : nous avons vu dernièrement dans la salle Serres, au n° 18, un homme de quarante ans entré avec tous les signes d'une anémie profonde, souffle intense, décoloration complète des muqueuses, faiblesse inquiétante. L'examen nous a pourtant amené à nous occuper surtout de la dyspepsie; sans fer, sans arsenic, rien que par le traitement de l'estomac, le malade s'est rapidement amélioré, et aujourd'hui, après trois semaines seulement de régime, l'amélioration a été si grande que l'organisme a pu se remonter assez vite pour que le souffle ait disparu et que les muqueuses aient repris leur coloration presque normale.

Est-ce à dire que dans ces cas complexes, où l'anémie est secondaire à un état dyspeptique, le traitement ferrugineux devra toujours être proscrit? Ce serait aller trop loin, et il est, au contraire, des cas où le fer et la médication antianémique pourront rendre les meilleurs services.

Nous en avons un exemple typique dans le service. Un

homme de 50 ans, eouché au n° 50 de la salle Serres, est entré dans un état d'anémie tel que, devant son apparence cachectique, M. Mirallié et moi-même avons d'abord cru à un carcinome de l'estomae; mais un examen très attentif a montré que l'estomac ne présentait aucune apparenee de néoplasme. D'autre part, l'examen du suc gastrique a prouvé que le malade était simplement un hypersthénique gastrique assez avancé. Chez lui, la dénutrition avait déterminé une anémie cachectique.

Le traitement de la dyspepsie a réussi, le malade s'est lentement amélioré, les signes de l'anémie grave ont disparu, mais il y a encore un peu de souffle et la recoloration des muqueuses n'est pas complète. Dans un eas semblable, le jour où l'estomac est assez rétabli pour supporter la médication ferrugineuse, on peut judicieusement utiliser celle-ci pour hâter la réparation du sang et diminuer ainsi la durée de la maladie. Mais il faut bien se graver dans l'esprit que, même dans ces cas, le traitement ferrugineux, employé avec ménagements, ne peut être qu'un auxiliaire du traitement dyspeptique.

C. — Voilà done établis les rapports de la dyspepsie avee l'anémie, considérée comme seeondaire, mais il arrive aussi très souvent que l'anémie primitive provoque assez facilement des troubles dyspeptiques.

On sait, sans qu'il soit besoin d'y insister, que, chez les chlorotiques, survient fréquemment de la dyspepsie à forme gastralgique. Il est bien évident que, dans ce cas, le traitement de l'état d'anémie doit d'abord être la préoecupation de la thérapeutique. Se eontenter de traiter l'estomae serait une grave erreur, ear e'est seulement après la disparition de la chlorose que l'on verra la dyspepsie disparaître à son tour.

Il en est de même des phénomènes de dyspepsie assez

constants dans la convalescence ; ils sont liés à l'état d'anémie où se trouve le sujet, et c'est, là encore, l'anémie qui doit disparaître la première.

D. — Comme on le voit, les déductions thérapeutiques, tirées de ces considérations de rapports, sont des plus importantes. Il est donc capital de pouvoir faire avec exactitude le *diagnostic différentiel.*

Pour arriver à faire avec certitude le diagnostic, il faut se rappeler que,quand l'anémie a pour cause la dyspepsie, on se trouve toujours en présence d'un estomac qui présente des signes patents d'irritation fonctionnelle, l'hypersthénie et l'hyperchlorhydrie sont la règle, l'appétit est donc conservé.

Au contraire, quand la dyspepsie est consécutive à l'anémie, le suc gastrique est pauvre en acide chlorhydrique et l'on a tous les signes de l'affaiblissement fonctionnel de l'organe, aussi l'appétit manque-t-il toujours.

Enfin, dans les formes de Duclos et de Clarke (anémie par constipation), on constate presque toujours, du côté gastrique,des fermentations anormales et des réactions très variables, tantôt de l'hyperchlorhydrie et tantôt de l'hypo- ou même de l'anachlorhydrie.

E. — Une fois le diagnostic établi d'une façon claire et précise, il ne reste plus qu'à suivre les indications thérapeutiques que nous avons établies et que je puis résumer ainsi :

1° *Anémie d'origine dyspeptique.* — Etablir un traitement de la dyspepsie, ne tenter une médication ferrugineuse qu'autant que le sujet est dans un état d'anémie profonde et seulement quand il est prouvé que l'estomac est assez remis pour supporter un traitement ferrugineux.

2° *Dyspepsie secondaire à l'anémie.* — Ici, au contraire,

il faut traiter d'emblée l'anémie et n'utiliser le régime anti-dyspeptique que d'une façon secondaire et en attendant que l'amélioration de l'état général ait amené le rétablissement des fonctions gastriques à l'état normal.

3° *Anémie consécutive à un état dyspeptique de l'intestin.* — Dans les anémies accompagnées de constipation opiniâtre ou qui suivent les excès alimentaires, le traitement ferrugineux peut amener une aggravation sérieuse de l'état du malade ; le seul traitement rationnel c'est d'ordonner des purgatifs.

III

RAPPORTS DES DYSPEPSIES AVEC LA TUBERCULOSE PULMONAIRE.

Je me suis longuement étendu sur les dyspepsies compliquées d'anémie, parce que c'est un sujet relativement peu connu ; je serai beaucoup plus bref en rappelant les rapports qui existent entre les principales diathèses et la dyspepsie.

Tout le monde sait combien la tuberculose a d'influence sur la fonction gastrique. C'est souvent par des phénomènes dyspeptiques que débute cette maladie.

Le médecin doit donc toujours se préoccuper de cette possibilité fâcheuse quand il est consulté par un sujet dyspeptique, dont l'état général et les antécédents laissent craindre la phtisie.

Si l'on en croyait les auteurs, il régnerait une grande incertitude sur la nature de la dyspepsie qui accompagne si souvent la tuberculose.

Pour Beau, je l'ai déjà rappelé, la tuberculose et le cancer, maladies de déchéance, sont le résultat de l'état de

dénutrition qui est une suite régulière de la dyspepsie, résultat fatal ou tout au moins fréquent quand le malade n'a pu être soigné au premier stade du cycle tracé par l'auteur. C'est là une opinion exagérée : certes, un dyspeptique, arrivé à la période de misère physiologique, présente un excellent terrain pour la tuberculose, mais encore faut-il que le bacille de Koch intervienne dans ce terrain prédisposé et qu'il s'y développe. La dyspepsie primitive ne joue donc qu'un rôle prédisposant dans l'étiologie de la tuberculose.

En réalité, c'est le contraire qui est plutôt la règle, le phtisique devient généralement dyspeptique. Dès le début de la maladie, la dyspepsie n'est qu'un trouble fonctionnel à conditions multiples. Au bout d'un certain temps, la dyspepsie détermine de véritables lésions de l'estomac, et chez les vieux tuberculeux on trouve une gastrite chronique, révélée à l'autopsie par des lésions matérielles très nettes. Mais, comme dans toutes les dyspepsies, aussi bien chez les tuberculeux que chez les autres malades, il y a d'abord un trouble fonctionnel et c'est seulement à la longue que le trouble de la fonction amène des lésions organiques.

Maintenant, quelle est la nature de ce trouble fonctionnel ? Est-ce de l'hypersthénie, ou, au contraire, de l'insuffisance gastrique ? Les avis sont très partagés ; les deux opinions ont rencontré chacune beaucoup d'adhérents. On a fait, de l'examen chimique du suc gastrique, un moyen infaillible de diagnostic, mais le malheur veut que l'analyse fournisse des résultats absolument contradictoires.

Cette contradiction s'explique facilement quand on étudie un peu attentivement la question. Elle est due simplement à ce fait, que les auteurs ont étudié les malades à des périodes et à des moments très différents.

Voici la vérité :

Au début de la dyspepsie des tuberculeux, on trouve 80 fois

sur 100 de l'hypersthénie avec hyperchlorhydrie, quand le malade n'a pas de fièvre, quand il en est encore à l'époque des grandes réactions de défense de l'organisme. A ce moment, la vie entre en lutte par tous les moyens possibles; or, la nutrition est un procédé de combat énergique, il y a donc excitation de la fonction gastrique, excitation fonctionnelle qui amène rapidement de l'hyperchlorhydrie.

Mais, aussitôt que le malade arrive à la période hectique, l'insuffisance avec l'hypochlorhydrie est et doit être la règle, car la fièvre supprime les fonctions glandulaires en général et en premier lieu la fonction gastrique. Tous les tuberculeux qui ont de la fièvre sont donc des hypochlorhydriques.

Si le malade en est encore aux rémissions, il pourra être hyperchlorhydrique dans les périodes apyrétiques mais il sera hypochlorhydrique au cours des poussées aiguës, et dans ce cas, les examens du suc gastrique fourniront forcément des résultats contradictoires.

Il y aura donc lieu de surveiller avec soin le régime des tuberculeux, pour le modifier, en connaissance de cause, au fur et à mesure de l'apparition des phénomènes gastriques dus à l'excitation ou, au contraire, à la dépression fonctionnelle de l'estomac.

Il est certain que la dyspepsie des tuberculeux intervient comme un sérieux facteur d'aggravation au cours de la maladie. Le tuberculeux a besoin de toutes ses forces pour lutter contre la déchéance physiologique qui le menace; la dyspepsie vient le mettre dans un état de moindre résistance et diminue par conséquent les chances de la lutte.

Les médecins anglais ont bien compris la valeur séméiologique de la dyspepsie des tuberculeux; ils ont bien mis en lumière la gravité de ces dyspepsies qui accompagnent des phtisies à signes physiques peu accentués, tandis que la

déchéance de l'état général paraît correspondre à des lésions extrêmement avancées.

Il n'y a pas de doute que cette notion soit capable de rendre de réels services au point de vue des indications thérapeutiques, car si le médecin ne peut arriver à lutter contre les troubles de l'estomac, on verra la tuberculose évoluer avec une plus grande rapidité. Au contraire, une sage thérapeutique de la dyspepsie pourra relever les forces du malade et permettre au tuberculeux de *se guérir* parfois, de durer souvent.

On remarquera que je dis que le tuberculeux pourra *se guérir :* c'est que malheureusement nous ne pouvons rien contre sa tuberculose, c'est lui qui se guérira s'il peut lutter ; mais justement, en soignant intelligemment sa dyspepsie, nous pouvons l'amener à rétablir sa nutrition et le mettre dans les meilleures conditions de lutte possibles.

IV

LA DYSPEPSIE DES GOUTTEUX ET DES RHUMATISANTS

Goutte, rhumatisme, arthritisme, voilà des expressions qui prennent un sens singulièrement vague, quand on les considère dans un sens général. On n'éprouvera aucune difficulté quand on sera en présence d'un accès franc de goutte ou de rhumatisme, mais les opinions divergeront dès qu'on discutera sur les relations plus ou moins lointaines de ces diathèses, et entre autres, sur leurs rapports avec la dyspepsie.

Goutte et rhumatisme chroniques ne sont peut-être, en réalité, que la face et le revers d'une même médaille. La goutte est assurément une affection due à une nutrition

exagérée, le rhumatisme chronique, au contraire, est une maladie de la nutrition amoindrie ou pervertie.

Quoi qu'il en puisse être, il n'y a pas de doute que la goutte et le rhumatisme soient capables de réagir fortement sur l'estomac.

Le rhumatisme provoque presque toujours la dyspepsie; je ne crois pas qu'il existe un rhumatisant qui ne soit pas en même temps dyspeptique, et souvent, les troubles de l'estomac sont la seule manifestation bien visible du rhumatisme. Ces troubles gastriques présentent toujours un caractère chronique particulièrement tenace.

Tout goutteux peut éprouver des crises gastriques, succédant subitement à un accès franc de goutte; ces crises prennent le caractère d'un catarrhe gastrique violent, mais passager, ce qui les différencie nettement des crises rhumatismales.

Il est bien évident que la thérapeutique, dans des cas semblables, sera complètement impuissante si elle s'adresse aux phénomènes gastriques, puisque la cause des phénomènes dyspeptiques est ailleurs que dans l'estomac.

S'il s'agit d'un goutteux avéré, l'erreur thérapeutique n'est pas possible, et il n'y a pas de médecin qui ne pense à s'occuper d'abord de soigner l'accès de goutte. Mais chez les arthritiques, que je n'hésite pas à considérer comme des goutteux en puissance, chez les rhumatisants chroniques, le problème sera plus délicat à résoudre et plus d'un pourra s'y tromper.

Chez les rhumatisants, l'estomac ne s'améliorera que si l'on parvient à rétablir les fonctions de la peau, à lutter contre la pénurie de la circulation périphérique, à stimuler la circulation générale. Certes, il faudra établir un régime dont je vous dirai plus tard le détail, qui s'adressera autant à l'état rhumatismal qu'à l'état dyspeptique.

C'est surtout dans ces cas que l'entraînement, les eaux

thermales et la médication alcaline bien conçue, rendent de merveilleux services.

V

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Au cours de ces quatre leçons, j'ai cherché à montrer combien la thérapeutique des troubles fonctionnels de l'estomac est difficile, en présence des complexités cliniques présentées par le vaste sujet des dyspepsies.

J'ai fait une esquisse de l'histoire des gastrites, j'ai montré comment la notion du chimisme stomacal a, peu à peu, pris le pas sur les symptômes pour l'établissement de classifications nouvelles.

J'ai essayé de montrer comment on devient dyspeptique, par fautes de régime d'abord, puis par suite des relations fonctionnelles qui existent d'organe à organe.

Ce travail de mise en ordre dans l'étiologie des phénomènes dyspeptiques m'a paru nécessaire avant d'entamer l'étude détaillée de la thérapeutique des maladies de l'estomac dues à des troubles fonctionnels.

Il est bien évident, en effet, que ce serait absurde d'établir des règles fixes de traitement, quand on sait que les causes d'un phénomène unique peuvent être multiples.

La dyspepsie provoquée par la tuberculose ou par la la goutte n'est pas guérissable en tant que dyspepsie, car, la cause survivant, il sera inutile de traiter seulement l'estomac.

D'autre part, si vous avez affaire à un alcoolique, suffira-t-il de supprimer l'alcool au malade pour guérir l'estomac ? Non, certes, parce que la dyspepsie établie dans ce cas s'accompagnera de phénomènes matériels qui survivront à l'alcoolisme.

Si nous comparons les travaux laissés par nos devanciers, nous sommes obligés de reconnaître que le rôle de l'ancienne clinique dans le classement thérapeutique des maladies de l'estomac a été une véritable faillite, car elle n'a pu qu'établir des traitements de symptômes et elle a ainsi créé un véritable chaos de médications symptomatiques, par conséquent, inutiles et dangereuses, comme toute thérapeutique exclusivement symptomatique.

L'école du chimisme stomacal a-t-elle été plus heureuse ? Je ne le pense pas.

Qu'ont fait les chimistes ? Ils ont étudié le suc gastrique et ont établi des groupements d'après sa teneur en acide chlorhydrique.

On a eu les *hyperchlorhydriques*, les *hypochlorhydriques*, les *anachlorhydriques*. Dans certains cas, on a pu former un autre groupe, celui des dyspepsies à acides de fermentation anormale (lactique, butyrique).

Mais, dans cette étude, qu'a-t-on fait de la pepsine ? Rien, la pepsine gênait, on ne savait quel rôle elle joue au juste ; on ignorait ce qu'elle devient dans les troubles de sécrétion ; alors on a préféré la passer sous silence.

Certes, les notions relatives à l'acidité du suc gastrique sont utiles, mais à la condition de ne les prendre qu'à titre de simple renseignement.

Aux dyspepsies chimiques on a voulu juxtaposer des dyspepsies anatomiques, d'origine nerveuse ou musculaire (types *moteur* ou *nerveux* et type *nervo-moteur*).

C'est là une notion aussi vague que les précédentes, car, dans toute maladie de l'estomac, la sécrétion est influencée par le système nerveux et l'état des tuniques musculaires de l'organe, aussi bien que les nerfs et les muscles gastriques sont influencés par l'état de la digestion. Il est donc matériellement impossible de mettre d'un côté le

rôle des nerfs et d'un autre le rôle du chimisme, car c'est un ensemble.

M. Hayem, dans ses premières études sur le chimisme stomacal, a voulu faire sur cette base une classification des dyspepsies et il a établi un certain nombre de formes de dyspepsies chimiques.

Mais, plus récemment, M. Hayem nous a apporté une nouvelle classification, en se basant cette fois sur l'anatomie pathologique et en réédifiant sur des bases nouvelles l'ancienne gastrite aux dépens de la dyspepsie, qui n'est plus que l'expression clinique d'une lésion anatomique. En réalité, c'est un véritable retour à l'école de Broussais.

Aussi M. Hayem a-t-il été vivement combattu, surtout par M. le professeur Renaut, de Lyon, un des hommes les plus compétents en anatomie pathologique.

M. Renaut ne s'est pas déclaré convaincu par les dessins que M. Hayem présentait aux membres du Congrès de Lyon ; il croit avec moi qu'en réalité *la lésion est toujours consécutive aux troubles dyspeptiques*, et qu'au début, ceux-ci se manifestent dans un estomac anatomiquement sain. Ce n'est qu'à la longue que l'organe finit par s'altérer.

La question doctrinale reste donc intacte et il faut convenir que c'est là une situation véritablement embarrassante pour établir sur une base sérieuse le traitement des dyspepsies.

Alors comment conclure ?

Si l'on m'a suivi jusqu'ici, on voit que je veux simplement tirer une conclusion logique et m'appuyer sur les faits cliniques et sur les relations pathologiques, pour les prendre comme base de traitement.

J'ai pour principe, en effet, que le médecin a pour devoir de s'occuper surtout des services qu'il peut rendre au malade. J'ai mis en évidence l'incohérence des doctrines, parce que mon but est de montrer au médecin qu'il se

perdrait dans le dédale chaotique des théories, mais j'ai la prétention de le mettre à même d'être très utile à ses malades dyspeptiques. Par conséquent, sans rien préjuger des causes, encore contredites, des phénomènes dyspeptiques, je me contenterai de suivre pas à pas les faits observés dans les diverses manifestations de cette maladie et de leur opposer une médication et un régime appropriés aux multiples indications qui peuvent se présenter.

Pour cela, je mettrai donc un certain ordre dans les notions diverses que nous pouvons considérer comme acquises par l'expérience.

Mais je veux qu'il soit bien entendu par avance que, dans l'état actuel de la question, toute classification absolue est chimérique, au point de vue de l'étiologie clinique. Par contre, ces divisions, envisagées au point de vue des applications thérapeutiques, ont l'immense avantage de permettre au médecin d'opérer sur une base solide : c'est ce que j'espère arriver à démontrer.

VARIÉTÉS

La Thérapeutique de Cullen, 1712-1790

Par le Dr Ch. Fiessinger, d'Oyonnax,
Correspondant de l'Académie de médecine.

Cullen a dit un mot profond : « Il est nécessaire de temps en temps de réformer les doctrines », non pas pour le vain plaisir d'innover, mais dans le but d'une orientation différente aux intelligences.

Une doctrine, composée d'idées générales, creuse le cours où affluent les faits, ces sources de toute science.

L'observation grossit les filets épars des faits : elle les déverse dans le réservoir de la doctrine.

Il faut à l'homme une direction : la doctrine la fournit au médecin. Il sait dans quel sens se tourner et pourquoi à droite plutôt qu'à gauche. Ce qu'il observe à droite demande sa raison d'être à la doctrine qui détient la vue de ce côté.

Un jour, la lassitude s'en mêle : on s'imagine avoir tout vu. L'attention erre, distraite. C'est l'époque où tarit la doctrine. Des travaux malhabiles ne laissent que mieux apparaître la désolation de son fond. Le canal à sec n'est plus empli que de flaques bourbeuses.

Un autre canal conçu sur un plan plus moderne devient indispensable.

Une nouvelle doctrine surgit. Elle s'alimente des faits qui avaient échappé au regard attiré vers la doctrine de la veille. La navigation sur le jeune canal brillamment inauguré continue active, florissante. Puis la circulation se ralentit, les bateaux se font rares, la vase s'accumule, l'eau baisse.

Et c'est à reconstruire ailleurs.

La doctrine est le moule dans lequel la pensée reçoit son empreinte. Sans doctrine la pensée ne se concrèterait pas en formules. Si nombreuses sont les occasions de sortir de soi que l'homme ne penserait pas si on ne lui ordonnait la façon de penser.

Seulement, à côté des avantages qu'amènent la convergence des efforts, la doctrine a ses inconvénients. Reposant sur une connaissance imparfaite, elle aboutit à cette confusion nosologique qui faisait décrire à Cullen côte à côte la diarrhée, le diabète et l'hystérie.

On rit des classifications des vieux maîtres. Plus tard on rira des classifications de notre temps.

Il ne faut les considérer que comme moyens provisoires de simplification : les opérations de la nature sont complexes; il est nécessaire de les accommoder à la portée des intelligences. De là cette construction de cases schématiques, où l'on emboîte les faits qui paraissent distincts au risque de négliger les intermédiaires qui coordonnent ces faits en un ensemble compréhensif. Les progrès de la science augmentent le nombre des faits distincts : les cases qui sont annexées à ces faits se multiplient. Suffisante un jour, une classification devient exiguë le lendemain. L'essentiel est que cette classification ait eu son heure d'utilité. La nosologie de Cullen a facilité l'étude de la médecine. Moins effrayante que la nosologie de Sauvages, elle a rapidement fait son tour d'Europe.

Et puis elle n'empêchait pas les applications thérapeutiques de rester judicieuses. Cullen a été un excellent praticien. Dans la rigidité des cadres nosologiques, circulaient des médications intelligentes.

C'est avouer que les mots n'influent pas considérablement sur les actes. La nosologie c'était le mot, la pratique, c'était l'acte. Un mot abuse l'esprit : comme le mot est très apparent, il illusionne sur les véritables motifs des actes qui restent cachés. L'homme croit régler sa conduite sur les idées qu'enferment les mots : il obéit à des appétitions qui ne brillent pas comme les mots à la surface, mais réclament leur satisfaction à la profondeur de l'instinct.

Agir autrement qu'on ne pense est le commun des mortels.

La thérapeutique de Cullen était souvent en désaccord avec sa nosologie : l'expérience corrigeait inconsciemment la théorie : peu à peu elle greffait, cette expérience de chaque jour, un homme nouveau à côté du théoricien l'homme nouveau se moquait de la théorie, à son insu, bien entendu. Il s'imaginait guider sa pratique d'après la

théorie. Il guidait sa pratique d'après l'expérience, et eela, au bénéfiee des malades.

II

Les vieux maîtres ont en général fait preuve de sagacité thérapeutique dans le traitement de deux sortes d'affections, les fièvres et les maladies de l'estomae.

Cullen a émis sur la pathogénie des fièvres, des vues puissantes. Elles sont dues, les fièvres, à des miasmes qui s'élèvent des marais ou du corps de l'homme. Ces miasmes eonstituent la cause primordiale des fièvres; ils récoltent des adjuvants d'action dans des conditions étiologiques surajoutées : le froid, la peur, les excès de boisson ou vénériens, toutes causes secondes qui diminuent la résistanee du système nerveux vis-à-vis des miasmes.

Compter sur les efforts de la nature pour amener la guérison serait d'une pratique précaire. Affirmation qui met Cullen en opposition avec les doctrines de l'école hippoeratique. Restreindre le rôle de la nature, développer celui du médecin, eela, Hippocrate ne l'avait pas dit. Cullen en proclame la nécessité.

Quoi de plus indiqué que de modérer la violenee de la réaetion fébrile, de prévenir les effets de la faiblesse, de eorriger la disposition des fluides à la putréfaction?

La réaction fébrile sera modérée par les moyens suivants : repos du corps et de l'esprit, usage des boissons rafraiehissantes et aeidulées, abstinenee des aliments solides et des boissons aleooliques, preseription des laxatifs qui éliminent les matières putrides de l'intestin. On ne saignera le malade qu'autant qu'il ne sera pas trop faible. Les vésieatoires paraissent remplaeer avee avantage la saignée.

De toutes les médications, la plus active contre les fièvres est le froid. Il répond à la triple indication, de combattre la fièvre, de relever les forces, d'empêcher la putridité des humeurs. On l'emploie sous forme de bains d'air : le malade débarrassé de ses couvertures est exposé à la température ambiante. Le corps sera, de plus, fréquemment lavé à l'eau froide, méthode, nous apprend Cullen, qui a été expérimentée pour la première fois, en 1737, à Breslau. Le quinquina, le vin adjoindront leur effets toniques à ceux du froid. Quant aux tendances à la putridité, elles se manifestent à la suite de l'affaiblissement du ton du cœur et des vaisseaux. Le froid corrige cet affaiblissement.

Dans le traitement des maladies de l'estomac, l'auteur insiste sur la dyspepsie par acidité du suc gastrique. Sans distinguer au point de vue chimique l'hyperchlorhydrie et l'acidité par fermentation, Cullen a très bien indiqué les différences de médication attribuable à l'une et à l'autre.

Aux dyspepsies acides avec douleurs rongeantes à l'épigastre, conviennent les infusions de camomille, les sels alcalins et les terres absorbantes. Parmi les alcalins, le caustique est plus efficace que l'alcalin doux et ceci sert à expliquer les effets de l'eau de chaux. En faisant usage des absorbants, on évite l'excès d'alcalin qui peut quelquefois avoir lieu. Les absorbants diffèrent en ce qu'ils forment un sel neutre plus ou moins laxatif; de là procède la différence qui existe entre la magnésie blanche et les autres absorbants. Il faut songer à éviter l'excès des absorbants et des alcalins, car si l'on en donne une grande quantité, ils peuvent priver nos fluides de l'acide qui entre nécessairement dans leur composition; quant à la nourriture, on se rappellera que les viandes préviennent la disposition à l'acidité. Elles seront bien supportées. On se gardera des boissons théiques et spiritueuses, on défendra les végétaux en général et on n'au-

torisera que ceux qui sont le moins disposés à la fermentation vineuse, le pain bien levé par exemple.

Aux dyspepsies, dont l'acidité est due au séjour trop long des matières acescentes dans l'estomac, il faut opposer les remèdes qui excitent l'action de l'estomac (amers, exercice, froid). La stase alimentaire, comme origine de la dyspepsie fermentative est accusée en termes précis : elle est la conséquence, cette stase alimentaire, de la digestion difficile des aliments absorbés, de la faiblesse des parois qui empêche l'estomac de pousser les aliments jusqu'au duodénum, d'un obstacle au passage du pylore. Surtout pas de purgatifs énergiques contre la constipation; il faut exciter l'intestin, non précipiter son action.

A côté de la thérapeutique des fièvres et des dyspepsies acides, que de conseils sages, d'aperçus cliniques originaux!

Cullen a décrit la diphtérie pharyngée sous le nom d'esquinancie maligne. Elle est très remarquable cette description. Le croup devient de l'esquinancie trachéale. La mort dans le croup suit le spasme de la glotte et l'obstruction par les membranes. Les vomitifs sont le remède le plus efficace.

Au sujet de la pneumonie, relevons cette assertion : la pneumonie disparaît fréquemment le second ou le troisième jour, lorsqu'il survient un érysipèle externe : si cet érysipèle continue et se fixe, la fluxion de poitrine ne reparaît pas. Traitement de la pneumonie : la saignée.

La diabète est considérée pour la première fois comme un vice d'assimilation. Cullen n'en formule pas le traitement. Il est découragé. Tous ses malades sont morts.

La médication est parfois hardie. Cullen baigne ses tétaniques dans l'eau froide et leur administre de hautes doses d'opium.

Toujours la thérapeutique reste soumise à l'expérience

de la pratique. Dans la gonorrhée, par exemple, les injections astringentes sont pernicieuses au début : elles augmentent l'inflammation. Leur utilité ne s'impose que plus tard, quand la période aiguë est dissipée.

III

Les dernières années de Cullen furent aigries par la lutte qu'il eut à soutenir avec son ancien disciple et ami Brown. En quoi Cullen manqua de perspicacité.

A considérer les excès alcooliques dont Brown était coutumier, Cullen eût dû entrer en défiance. L'amitié est chose instable : à plus forte raison, l'amitié d'un ivrogne.

La constance dans l'amitié, si rare soit-elle, existe pourtant de temps à autre : on la rencontre chez les gens qui ont été humiliés par la vie ; c'était, il est vrai, le cas de Brown dont les parents étaient pauvres. Seulement être humilié par la vie ne suffit pas pour développer les qualités qui assurent l'amitié vraie. Il faut encore que l'humiliation fortifie chez qui l'a subie les centres d'arrêt psychiques : attention, jugement, raisonnement, volonté, toutes qualités d'acquisition ardue qui déterminent la suite dans le caractère et les affections.

Cette éducation des centres d'arrêt faisait défaut à Brown. Cullen ne s'en est pas aperçu. De là l'amertume de son cœur. Elle provenait d'une connaissance imparfaite des hommes.

HYGIÈNE

Le traitement de l'alcoolisme et la liberté individuelle (1),

Par le Dr E. Marandon de Montyel,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

III

On ne manquera certainement pas de reproduire contre l'isolement curatif des alcooliques opéré par la magistrature les quatre fameux arguments dont on s'est servi à propos des aliénés : violation du secret des familles, lenteurs habituelles de la justice, incompétence des magistrats, assimilation avec les criminels. Ni les uns, ni les autres ne résistent à un examen impartial. En réalité, le secret des familles sera moins divulgué puisque dans tous les cas, le procureur de la République et le tribunal ont déjà le droit de statuer sur les requêtes de tous les isolés, requêtes que nous sommes obligés de leur transmettre sous peine de tomber sous le coup de la loi. Sans doute, avec la procédure longue et compliquée qu'avait proposée le gouvernement, appelant la chambre du conseil à se prononcer sur chaque isolement, l'argument tiré du nombre immense de jugements à prononcer et des lenteurs nuisibles au traitement des malades qui en résulteraient, avait sa raison d'être. Mais celle que nous proposons le détruit; au lieu du préfet, c'est le président du tribunal qui intervient ; au lieu du commissaire de police, c'est le juge de paix qui enquête ; les rouages ne sont pas plus compliqués ; seulement les deux fonction-

(1) Voir les numéros du 15 et du 30 janvier

naires de l'ordre administratif sont remplacés par deux fonctionnaires de l'ordre judiciaire chargés précisément par leurs fonctions de garantir la liberté individuelle. De cette façon, le traitement des alcooliques ne saurait subir aucun retard préjudiciable à la guérison. Quant à prétendre qu'en confiant à la magistrature le placement des malades on les assimile à des condamnés, c'est dire implicitement, comme l'a remarqué avec esprit M. Chambard, qu'en le confiant à l'administration on les assimile aux mendiants et aux prostituées de qui ceux-ci relèvent, et notre confrère trouve non sans raison que, si assimilation il y a, les deux se valent. Reste la question d'incompétence autour de laquelle on a mené grand tapage. Mais en quoi, je le demande, le pouvoir administratif est-il plus compétent en ces matières que le pouvoir judiciaire? Croit-on sérieusement que là-dessus le préfet en sache plus long que le président du tribunal?

Non, toutes ces objections sont sans portée, la seule qui en ait une est précisément celle-là qu'on a omis d'invoquer : tandis que l'administration se sait et se reconnaît tout à fait incompétente, la magistrature se croit et se déclare compétente. Sa conviction est telle, à cet égard, qu'elle fait fi des avis émanant des praticiens les plus compétents. Moi seule, et cela suffit, dit-elle comme Médée. Il en résulte à tout instant les décisions les plus étranges, comme celle de l'affaire Eugène Bou... dont j'ai entretenu dernièrement la Société médico-psychologique. Cet homme, délirant par persécution, convaincu que sa femme, dont il n'arrive pas à satisfaire les goûts contre nature, s'est vengée de lui en le rendant totalement impuissant à l'aide de drogues mises dans ses aliments et ses breuvages, commet sur elle une tentative d'assassinat à coup de revolver et la blesse grièvement. Arrêté, il bénéficie d'une ordonnance de non-lieu pour cause de folie, sur les conclu-

sions du Dr Paul Garnier, médecin en chef de la préfecture de police. Mis à la disposition de l'administration, il est examiné au dépôt par le Dr Legras qui, lui aussi, le déclare aliéné dangereux. Je le reçois dans mon service à Ville-Evrard, et j'exprime la même opinion. Mais à diverses reprises, Eugène Bou... s'adresse à la justice pour obtenir sa sortie ; chaque fois, je donne un avis défavorable basé sur l'état d'aliénation du sujet, et surtout sur ses tendances criminelles trop bien justifiées par la tentative d'assassinat. Alors le tribunal charge M. le Dr Magnan d'examiner le plaignant. L'éminent clinicien, membre de l'Académie de médecine, dont les travaux sont aussi appréciés à l'étranger que chez nous, et qui est sans conteste en ce moment, le représentant le plus autorisé de la psychiatrie française, après un examen minutieux et prolongé d'Eugène Bou..., affirme qu'il est un persécuté-persécuteur des plus dangereux, dont la place est toujours à l'asile. Que décide alors le tribunal ? Il ordonne la mise en liberté immédiate du malade déclarant *qu'il n'est pas et qu'il n'a jamais été aliéné*. Tout l'esprit habituel de la magistrature est là, et c'est pour cela que j'ai résumé ici ce fait. En règle générale, ces messieurs ne consultent les spécialistes que pour avoir une confirmation de leur propre opinion ; s'il n'en est pas ainsi, ils passent outre.

Il est certain que cette confiance illimitée des juges dans leurs propres lumières, alors qu'en réalité leur ignorance des phénomènes pathologiques est profonde, amène les conséquences les plus graves et les plus regrettables et que le traitement des alcooliques risquerait fort d'être compromis si ces messieurs y apportaient le même esprit. Les buveurs pâtiraient des méprises des magistrats comme en pâtissent aujourd'hui les aliénés, et ces derniers en pâtissent beaucoup. Pour en juger, il suffit de parcourir la très utile et très instructive communication faite il y a quelques

mois à l'Académie de médecine, par M. Henri Monod, dans laquelle le distingué directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique a montré qu'en moins de cinq ans, 271 aliénés avaient été condamnés, quand, de toute évidence, les actes incriminés commis par eux étaient dus à leur affection mentale. Si l'enquête avait pu être complète, ce n'est pas 271 cas que M. Henri Monod eût rassemblés, mais bien 500 au moins, car, à chaque instant, les tribunaux, sûrs de leur infaillibilité scientifique, condamnent comme sains d'esprit des aliénés, de même qu'ils en mettent en liberté au grand préjudice du traitement qui est interrompu et de la société qui est exposée. On ne saurait donc trop remercier M. Henri Monod de sa communication ; d'ailleurs, les intéressés se sont chargés de prouver par leurs cris que le coup avait été porté droit.

Mais alors, me demandera-t-on, s'il en est ainsi, si tel est l'esprit qui anime la magistrature, comment demander qu'on leur confie non seulement le placement des aliénés, mais encore celui des alcooliques ? Ce n'est certes pas par unique respect du statut personnel et du droit constitutionnel, car je ne suis pas de ceux qui disent : périssent les colonies plutôt qu'un principe. Je demande cette modification à la loi, parce que je suis certain que le jour où les magistrats seront exclusivement chargés du placement, du maintien et de la sortie de ces malades, ils auront vite modifié leur ligne de conduite et imiteront l'Administration que j'ai constamment vue depuis vingt ans baser toutes ses décisions sur des avis médicaux qui, en fin de compte, sont pour elle une sauvegarde et dégagent sa responsabilité. Lorsque j'ai communiqué à propos de l'affaire Eugène Rou... ces espérances optimistes à la Société Médico-Psychologique, je m'attendais à d'énergiques protestations, aussi ai-je eu soin d'avertir mes collègues qu'ils allaient sans nul doute trouver ma foi plus robuste encore que celle du charbonnier

qui pourtant transportait les montagnes. En effet, seul M. Vallon a partagé mes convictions ; tous les autres ont soutenu qu'après comme avant les magistrats continueraient à ne s'inspirer que d'eux-mêmes, c'est-à-dire de leur ignorance des choses de la folie. Cette quasi-unanimité, preuve indiscutable que l'attitude de la magistrature est bien celle que j'indique, ne m'a pas ébranlé. En 1888, j'étais seul, parmi les aliénistes, partisan de l'intervention judiciaire, depuis lors M. Chambard s'est rangé de ce côté ; aujourd'hui M. Vallon nous prête son appui. Petit à petit, je crois que nous ferons d'autres adeptes. En effet, le magistrat aujourd'hui est un contrôleur chargé de surveiller le placeur, qu'on me passe cette expression, il a forcément l'esprit de méfiance et de supériorité inhérent à la fonction qu'il remplit. Mais qu'il devienne lui-même le placeur, la méfiance forcément disparaîtra et quant à l'idée de supériorité, les faits dont la responsabilité lui incombera désormais directement se chargeront de la détruire. Telles sont les raisons multiples pour lesquelles je suis d'avis que le meilleur moyen d'assurer le traitement des buveurs, sans s'exposer aux hésitations des uns et des autres, qui craindraient d'être suspectés de séquestration arbitaire, est de confier le soin de les placer au président du tribunal, après enquête du juge de paix.

Quels sont maintenant les buveurs que ce magistrat aurait ainsi le droit de priver de leur liberté et de tenir enfermés tout le temps nécessaire à leur complète guérison ? Tous sans exception. A deux reprises différentes, à la *Gazette des hôpitaux*, avec mon mémoire sur les *Asiles de buveurs*, et à *la France médicale*, avec celui sur *l'Asile projeté pour les alcooliques de la Seine*, je me suis efforcé d'établir que l'établissement spécial pour alcooliques, instrument absolument indispensable à leur traitement, doit être disposé de façon à hospitaliser toutes les catégories : les

valides et les alités, les délirants et les non délirants, et parmi ceux-ci, aussi bien ceux qui s'enivrent en public que ceux qui se grisent en famille, et j'ajouterai même ceux qui s'alcoolisent sans se griser jamais. J'ai fait justice plus haut, du moins je l'espère, de l'objection tirée du respect de la liberté individuelle, je n'y reviendrai pas. Mais il sera intéressant d'examiner quels sont les buveurs dont M. Ch. Muteau accepte le traitement forcé. M. Ch. Muteau est, en effet, si je ne me trompe, magistrat et homme politique, son opinion est intéressante à consulter à ce double titre, car elle peut fournir une indication sur les dispositions d'esprit de la Magistrature et du Parlement.

M. Ch. Muteau divise avec raison les internés de l'asile spécial en deux catégories : les internés volontaires et les internés contre leur gré. Occupons-nous d'abord des premiers. Il va sans dire, remarque-t-il et nous sommes encore cette fois de son avis, qu'aucune objection juridique ne peut être opposée aux placements des alcooliques volontaires, à la suite d'un consentement donné par eux valablement, comme l'exigent nos lois, c'est-à-dire par une personne capable de s'engager, en connaissance de cause, exempte de toute erreur, de toute violence, de tout dol. Il espère, et nous aussi, que le nombre de ces volontaires ira croissant grâce aux efforts qui, de toutes parts, vont être faits pour déterminer les plus hésitants, grâce aux enseignements des sociétés de tempérance, grâce à l'exemple et aux guérisons opérées. Mais la difficulté sera de conserver ces clients le temps encore assez long qu'exige la cure. Pleins de bonne volonté à l'entrée, beaucoup ne tarderont pas à regretter la liberté perdue et la prendront par évasion si on la leur refuse. Que décider alors ? La loi anglaise ne reconnaît pas le droit d'enfermer le buveur pour le guérir malgré lui, mais du jour où volontairement il s'est fait interner, il perd sa liberté pour le temps souscrit, est contraint de

rester dans l'asile spécial et, s'il s'en évade, l'autorité le recherche et l'y reconduit de force.

M. Ch. Muteau n'hésite pas à voir dans l'engagement réciproque pris par le directeur de la maison de traitement de recevoir l'interné volontaire dans son établissement et de l'y conserver jusqu'à l'époque nécessaire à sa guérison, et par celui-ci d'y rester jusqu'à cette époque, un contrat synallagmatique à l'exécution duquel ils sont également tenus sous la sanction des dommages-intérêts qu'accorde la loi pour toute inexécution de contrats à celui qui est victime de cette inexécution. En conséquence, il estime que cette sanction pourrait figurer dans le contrat à titre de clause pénale, à forfait et le montant des dommages alloués par cette clause, fixé comme en matière de location, à trois mois de la pension.

M. Ch. Muteau s'illusionne en espérant que la perte d'un trimestre de pension arrêtera le buveur assez riche pour la supporter; et puis, ce qui est plus grave, il oublie complètement l'indigent dont l'alcoolisme est bien autrement préjudiciable à la famille et à la société que celui du rentier. Ce qu'il faut surtout, c'est que le malheureux ouvrier, dont le milieu est bien souvent beaucoup plus responsable que lui de son intempérance, ait le moyen de se réfugier à l'asile spécial et d'y trouver la guérison, le jour où il est pris du désir de redevenir un homme sobre. Contre celui-là, quelle sera la sanction si, après un mois ou deux, pris de la nostalgie de la liberté ou de l'alcool, il veut s'en aller? M. Ch. Muteau ne peut pas songer à exiger de lui un trimestre de la pension; or, je le lui répète, l'indigent est bien plus intéressant que le riche. D'un autre côté, si on laisse les portes de l'établissement largement ouvertes pour la sortie comme pour l'entrée, celui-ci ne tardera pas à devenir un hôtel gratuit où l'on est certain d'avoir un bon lit et une table encore bonne, quoique sans vin. Nombreux

seront les ouvriers, même sobres, mais en chômage qui voudront en goûter, ne serait-ce que par curiosité ; ils se présenteront comme buveurs, puisqu'ils seront crus sur parole, et comme, malgré l'abstinence imposée, ils y trouveront un certain bien-être, soyez certain qu'ils reviendront. Ils iront là comme à un hôpital quelconque, cela coûtera fort cher et sans aucun profit. Et ce n'est pas de ma part une supposition, je parle d'après l'expérienee acquise dans nos services d'aliénés ; il y a des gens qui se refugient volontairement chez nous, ainsi que je le disais en 1892, lors de la discussion à la Société Médico-Psychologique sur les aliénés à séquestrations multiples. Après un premier isolement qui leur a permis d'apprécier le confortable de nos maisons et les attentions qu'on y trouve, quand ils ont brûlé leur dernière cartouche, ils y viennent chercher l'hospitalité et les moyens de se refaire ; ils arrivent, en hiver ou en été, selon le chômage des industries plus ou moins avouables qu'ils exercent à la saison froide ou à la saison chaude ; nous représentons pour eux, selon les cas, Nice ou Trouville. Si la promiscuité des aliénés ne les arrête pas, que sera-ce quand ils n'auront plus à redouter ce voisinage ? Il est donc indispensable que l'alcoolique, riche ou pauvre, qui, de lui même, a demandé son placement, soit contraint de suivre la cure jusqu'au bout.

Les internés volontaires ne sont pas les seuls que M. Ch. Muteau nous concède ; il examine une deuxième catégorie : celle des internés contre leur gré. Avec raison encore il demande que l'ivresse délirante ne relève pas d'une autre juridiction que l'ivresse non délirante. C'est la thèse que j'ai soutenue en 1892 à la Société Médico-Psychologique lors de la discussion dont je viens de parler tout à l'heure. Le cas de l'ivrogne délirant, ai-je fait remarquer, n'est pas un cas exceptionnel, justifiant des mesures exceptionnelles, c'est le cas de tout le monde. L'ivrogne délirant délire après

boire parce qu'il a la prédisposition délirante comme l'ivrogne violent frappe parce qu'il a le caractère emporté, l'ivrogne gai chante parce qu'il a le tempérament joyeux, l'ivrogne lubrique lutine les filles parce qu'il est de constitution ardente, et l'ivrogne triste pleure parce qu'il a l'esprit mélancolique. L'alcool, a dit excellemment M. Charpentier, est l'engrais qui ne fait naître de plantes dans le sol qu'à la condition que les graines de ces plantes y soient déposées. La graine délirante est une graine comme une autre ; qu'on ne l'arrose pas d'alcool et elle ne germera pas sous couleur alcoolique. En bonne justice donc, à tous les buveurs, qu'ils soient délirants ou non, il n'est qu'une chose dont on puisse leur demander compte, c'est de l'excès commis. Se sont-ils enivrés parce qu'ils voulaient bien nocer ou parce qu'une force supérieure à leur pouvoir de résistance les y a contraints ? Tout le problème est là. En effet, seul le dipsomane, entraîné par une impulsion irrésistible, est un malade qui doit bénéficier de l'asile d'aliénés ; tous les autres buveurs, qu'ils délirent ou qu'ils ne délirent pas, relèvent de la police correctionnelle et après de l'asile spécial pour alcooliques. Ces idées que j'ai développées en 1892 sont encore miennes aujourd'hui et plus encore qu'à cette époque, car l'expérience de mon quartier spécial m'en a démontré toute la justesse. Je suis donc entièrement sur ce point d'accord avec M. Ch. Muteau, mais je dois dire qu'en 1892, j'ai eu toute la Société Médico-Psychologique contre moi et je doute fort que son opposition ait cessé.

Quoi qu'il en soit, M. Ch. Muteau, malgré son respect profond de la liberté individuelle qui le faisait arrêter net M. Magnan et M. Legrain, ainsi que nous l'avons rapporté plus haut, reconnaît le droit à l'isolement forcé et partant au traitement pour tous les buveurs dont l'ivresse délirante ou non, est publique, même si elle est tranquille et à plus forte raison si elle est violente ou bruyante. Il va encore

beaucoup plus loin, il reconnaît justifiée la séquestration thérapeutique de l'ivrogne privé, s'alcoolisant dans son intérieur, quand il y a menaces de voies de fait ou de violences, actes de brutalité, bruits ou tapages, attentats à la moralité ; en un mot actions susceptibles de troubler la sécurité et la tranquillité ou de porter atteinte à la pudeur des personnes se trouvant dans l'habitation ou encore de nuire au buveur lui-même. Heureux serions-nous si ces idées de M. Ch. Muteau étaient celles de la magistrature entière et surtout de la majorité dans le Parlement, car alors la loi sur les alcooliques serait faite dans des conditions sinon complètes du moins relativement satisfaisantes. Seuls, en effet, comme le remarque M. Ch. Muteau lui-même, les buveurs calmes et tranquilles, que leurs excès abattent et rendent impuissants, au lieu de les surexciter et d'en faire des forcenés, y échapperaient, et l'honorable magistrat ajoute qu'ils ne sont pas très nombreux dans ce cas et que, parmi eux, il y en a encore quelques-uns qu'on pourrait arrêter pour d'autres dangers que celui de la brutalité, celui, par exemple, de mettre le feu. Cela est très exact et de cette façon le traitement d'un grand nombre d'alcooliques serait assuré.

Néanmoins il serait très souvent assuré dans de mauvaises conditions, alors que les chances de curabilité auraient été en grande partie perdues. Il en est de l'alcoolisme comme de tout autre mal, il importe d'agir vite pour assurer la guérison. Je l'ai dit plus haut et je le répète encore ici, car la chose est d'une importance capitale : attendre des manifestations dangereuses est le plus souvent attendre l'incurabilité en même temps qu'exposer gravement la société. Le buveur est assez fréquemment longtemps avant de se laisser aller à une des infractions exigées par M. Muteau pour justifier une thérapeutique forcée ; beaucoup sauront même prendre, la loi promulguée, les précautions nécessaires

pour s'alcooliser sans se mettre dans aucun des cas prévus et ce n'est qu'à la longue que leur prudence se trouvera en défaut, et alors leur organisme sera complètement saturé d'alcool et réfractaire à tout traitement. Pourquoi ces retards funestes au malade et à l'entourage? En quoi le respect de la liberté individuelle sera-t-il violé lorsqu'après une enquête du juge de paix, établissant sur la demande de la famille ou des amis avec certification médicale à l'appui, qu'un tel est un alcoolique dont la santé, les ressources, la position familiale et sociale sont compromises par son intempérance, le président du tribunal ordonnera son placement dans l'asile spécial durant le temps nécessaire à la guérison ? Si on veut sérieusement celle-ci, qu'on fasse le nécessaire.

N'acceptant l'internement que pour les buveurs qui se seront mis dans un cas délictueux, M. Ch. Muteau demande que la juridiction saisie puisse ordonner que, soit à l'expiration de leur peine, soit immédiatement, si le sursis de la loi du 26 mars 1891 a atténué leur condamnation ou s'ils ont été acquittés, les buveurs seront internés dans un asile spécial pendant un temps dont le jugement devra déterminer le maximum de la durée, qui pourra toutefois être ultérieurement réduit au cas de guérison dûment constatée de l'interné. Avec le système que je préconise, mieux vaudrait, en cas de délit, mettre le buveur coupable à la disposition du président du tribunal à fin d'internement dans l'asile spécial pour qu'il n'y ait pas dans cet établissement deux catégories de pensionnaires, ceux placés par ce fonctionnaire et ceux placés par le tribunal, ce qui créerait sûrement des castes et des catégories avec toutes leurs fâcheuses conséquences. Mais dans tous les cas, la durée du traitement ne serait jamais inférieure à six mois; nous avons suffisamment démontré plus haut que c'était le temps minimum nécessaire à la cure.

Et maintenant a-t-on quelques chances d'obtenir du Parlement une loi sur le traitement forcé des alcooliques? Avant la discussion récemment ouverte à la Chambre sur le régime des boissons, je n'aurais osé l'espérer. De tout temps et dans tous les pays, il est de tradition dans les assemblées électives de ménager le cabaretier dont l'influence est grande et avec lequel il faut beaucoup compter. Accepter une législation contraire à ses intérêts, c'est s'en faire un ennemi redoutable qui, certainement, cherchera à se venger en passant à l'ennemi. Aujourd'hui, l'espoir est permis. La Chambre paraît avoir compris le danger croissant de l'alcoolisme dans notre pays et bravement elle a pris le parti de chercher, sans arrière-pensée, le remède sérieux au mal. Elle a bien mérité du pays. Qu'elle aille jusqu'au bout, qu'elle vote le monopole de la rectification de l'alcool, et elle restera grande dans l'histoire. Elle s'attaquera ainsi à la cause, tandis que nous, médecins, nous n'avons d'action que sur les effets. Certainement nos efforts sont utiles, comme ils le sont dans un pays marécageux quand nous luttons contre les fièvres intermittentes, mais les pouvoirs publics ont, dans ce cas, mieux à faire que nous, ils ont à dessécher les marais. Que le Parlement en soit convaincu, le monopole de la rectification de l'alcool est, en matière d'alcoolisme, l'équivalent du dessèchement des marais en matière d'impaludisme. Tant qu'il n'aura pas supprimé le mal dans sa cause, nous serons contraints d'en combattre les effets; qu'il nous en fournisse au moins les moyens par une loi sur les alcooliques et la création d'asiles de buveurs.

THÉRAPEUTIQUE AU LIT DU MALADE

CLINIQUE CHIRURGICALE

(Hôpital de la Pitié.)

L'eau chaude en chirurgie,

Par le Dr Paul Reclus.

Depuis plus de quinze ans, le docteur Paul Reclus préconise l'emploi systématique de l'eau chaude en chirurgie et montre, dans une clinique faite à l'hôpital de la Pitié, les principaux avantages de l'eau chaude et les cas où son efficacité est incontestable.

Laissant de côté les usages courants : lavage des mains, des téguments qui recouvrent le foyer opératoire, ainsi que l'action de l'eau chaude sur les plaies atones, sur les ulcères infectés, sur toutes les inflammations superficielles, lymphangite, phlébite, phlegmons, furoncles et anthrax dont elle calme les douleurs, limite l'inflammation et circonscrit les foyers purulents lorsqu'elle ne jugule pas la suppuration, le docteur Reclus borne sa clinique à l'étude de l'emploi de l'eau chaude dans les entorses, les écrasements des membres, les hémorroïdes, les prostatites et les inflammations des organes génitaux internes de la femme, les périmétro-salpingites.

On sait que, dans le traitement de l'entorse, on a préconisé tour à tour le massage, l'enveloppement de la jointure forcée dans une bande de caoutchouc, et la balnéation prolongée dans l'eau froide.

On associera ces trois méthodes, jadis exclusives, l'une à l'autre. On commence par appliquer immédiatement après

l'accident, si les circonstances le permettent, la bande élastique que l'on serre autour de la jointure entorsée juste ce qu'il faut pour qu'elle puisse tenir; le blessé ne doit pas souffrir; si la pression provoque quelque douleur on retire la bande et on la remet en serrant moins, jusqu'à ce qu'elle soit facilement tolérée. Elle doit rester à demeure et fait le fond du traitement. On l'enlève matin et soir, on plonge la jointure forcée dans un bain dont on élève progressivement la température de 48° à 50°, 52°, même 55°. Sous l'influence de la chaleur, la douleur cesse immédiatement. Au bout de dix à douze minutes, l'articulation est plus souple et les mouvements plus faciles, on joint le massage (pétrissage) à l'eau chaude. Eau chaude à 55°, massage, bande élastique, tel est le traitement de l'entorse préconisé par Reclus, et il faut que la lésion soit bien grave pour que la guérison complète ne soit pas obtenue en moins de quinze jours. Dans les grands traumatismes des membres, jamais, quelle que soit l'étendue ou la gravité des lésions, Reclus n'ampute le membre écrasé. Le membre est enveloppé dans des substances antiseptiques, mais avant de procéder à cet embaumement antiseptique on a recours à l'eau chaude qui fait, en grande partie, les frais du traitement.

Le blessé, presque toujours en état de choc traumatique, pâle, exsangue, refroidi, est mis sur le lit d'opération ; on l'entoure de linges chauds, ne laissant à découvert que le membre écrasé. Les téguments de ce membre sont savonnés, rasés, dégraissés à l'éther, passés à l'alcool ou au permanganate de potasse, puis, après désinfection bien complète, on s'occupe du nettoyage rigoureux de la région blessée.

L'eau chaude est mise dans un grand irrigateur assez élevé du plan du lit pour que la pression du jet soit énergique.

Sa température est de 60° à 62°, le jet d'eau chaude doit laver toutes les surfaces, fouiller tous les décollements de la

plaie; cette eau chaude a un triple avantage: A cette haute température elle est vraiment antiseptique, elle entraîne les germes et souillures de la plaie et en neutralise l'effet.

Elle est hémostatique. Elle réchauffe le blessé, algide de par la perte de sang et surtout le choc traumatique; les lavages faits, on procède à l'embaumement du membre. Dans certaines phlogoses, l'emploi de l'eau chaude donne parfois des résultats surprenants. Dans les angines et les amygdalites, par exemple, les gargarismes répétés d'heure en heure avec de l'eau à la température de 55°, bien supportée d'ailleurs, arrêtent souvent ou atténuent l'inflammation.

Les irrigations d'eau chaude dans les hémorroïdes produisent de bons effets : à chaque crise nouvelle, les malades feront sur la région anale, des applications de compresses de tarlatane préalablement plongées dans de l'eau à 55°. Comme l'eau se refroidit très vite, il faut, de minute en minute, remettre la compresse dans l'eau chaude et la réappliquer immédiatement au fond de la rainure interfessière. Tous les matins, le patient prend un lavement à la même température de 55°. Cette méthode paraît meilleure quand il s'agit d'hémorroïdes jeunes, peu volumineuses, sans contracture sphinctérienne marquée, sans bourrelets variqueux appréciables. L'eau chaude conjure les crises et les espace tellement, que cette amélioration équivaut à une guérison. Dans les cas plus accentués, la méthode de choix est la dilatation et l'extirpation. Dans le traitement des prostatites aiguës, l'eau chaude est vraiment souveraine. La technique est des plus simples : on introduit dans l'anus, lentement, prudemment, pour ne pas heurter la prostate volumineuse qui obstrue l'ampoule rectale, la canule d'un irrigateur rempli d'eau de 55° à 60°, puis on ouvre à peine le robinet et on laisse pénétrer peu à peu le liquide qui bientôt baigne la prostate. On répète ce lavement deux fois par jour jusqu'à

guérison complète. L'amélioration est presque immédiate. Ce traitement, devenu classique, peut être fait pour les congestions qui surviennent si fréquemment au cours des hypertrophies de la prostate et souvent un lavement chaud a conjuré ces crises de rétention d'urine que ramène chez les prostatiques le moindre excès, la moindre fatigue, le plus léger refroidissement.

Dans les périmétro-salpingites, le docteur Reclus commence par désinfecter le vagin et l'utérus; le col est dilaté, drainé largement et pendant longtemps. Ecouvillonnage, curettage au besoin de la cavité de la matrice dont les parois sont modifiées par des topiques appliqués à plusieurs reprises : teinture d'iode, créosote, solutions graduées de chlorure de zinc. Puis, pour atteindre vraiment la matrice, l'ovaire, la trompe et les vaisseaux qui s'y rendent, ce n'est pas aux irrigations vaginales, mais aux lavements chauds qu'il faut avoir recours, car ils accumulent le liquide chaud dans l'ampoule rectale où proéminent les organes génitaux internes. Le mieux est de prendre le lavement le matin, une demi-heure environ avant le lever. On met sur la table de nuit l'irrigateur rempli d'eau à la température de 55° au moins, on introduit la canule dans le trajet sphinctérien et l'on ouvre le robinet doucement, de façon que peu de liquide passe à la fois dans l'intestin, grâce à cette lenteur, ses tuniques musculaires ne se contractent pas et c'est ainsi qu'on fait pénétrer une quantité plus considérable d'eau. Si néanmoins, le besoin d'aller à la garde robe tendait à se faire sentir, on s'arrête, on laisse s'apaiser cette envie puis on ouvre de nouveau et doucement le robinet. La malade garde le lavement une demi-heure si c'est possible; ensuite elle se lève, le rend et recommence le lendemain.

Grâce à cette antisepsie, à ce drainage de la matrice, grâce à ces lavements chauds, les poches s'affaissent, les empâtements disparaissent, les mouvements péristaltiques

de l'intestin rompent les adhérences, et là où, quelques semaines auparavant, existaient des masses qui remplissaient le petit bassin, les exsudats, les collections purulentes se résorbent, le cul-de-sac devient plus souple, l'utérus plus mobile et la région, surtout après quelques séances d'un massage modéré et opportun, redevient presque normale.

REVUE D'HYGIÈNE

Par M. le Dr Ch. Amat.

I. — Hygiène athlétique.

En présence de la faveur, de jour en jour plus marquée, que le public témoigne pour les exercices physiques, l'Union des sociétés françaises de sports athlétiques a pensé qu'il lui appartenait de guider de ses conseils ceux qui désirent retirer de la pratique des exercices physiques, le bénéfice de santé et de vigueur que ces exercices peuvent donner.

Dans ce but, sa commission d'hygiène vient de publier un petit manuel d'hygiène athlétique où ce qui touche aux vêtements, à l'hydrothérapie, à l'entraînement, au choix des exercices, mérite de fixer plus particulièrement l'attention.

LES VÊTEMENTS.

Les vêtements doivent être appropriés au sport auquel on les destine. Le maillot de laine est préférable à la chemise de flanelle qui est moins solide et qui, étant flottante, expose aux refroidissements. Il faut, lorsqu'on emploie cette dernière, mettre par dessus une veste ou un dolman qui la fait adhérer au corps. Il convient de se servir, dans tous les cas, surtout si l'on n'a qu'un maillot de coton, d'un tricot de laine épais

et très souple qu'on ne quittera qu'au dernier moment pour le remettre dès que l'exercice a pris fin.

Il n'y a guère de recommandations hygiéniques à faire pour les autres parties du vêtement. Ne pas se servir cependant de la ceinture dite de gymnastique, dont le rôle est plus nuisible qu'utile. Dans les sports de vitesse, laisser le cou-de-pied dégagé, alors qu'au contraire, pour les longues marches, la partie inférieure de la jambe, le mollet excepté, sera serré par une guêtre.

L'HYDROTHÉRAPIE.

L'usage de l'hydrothérapie devra devenir habituel chez celui qui se livre aux exercices physiques, sous la forme du *tub* quotidien matinal et sous la forme de douche en pluie, prise après l'exercice.

Chacun sait que le mode d'administration du tub est très simple et qu'il suffit d'une grosse éponge avec laquelle on se lotionne le corps entier en quelques secondes et d'une serviette avec laquelle on se frictionne énergiquement. La température de l'eau n'a pas besoin d'être très basse ; il vaut mieux l'utiliser tiède à 20 ou 25 degrés centigrades que très froide.

Pour prendre la douche, il ne faut pas attendre que la sueur se soit dissipée. La durée de la douche variera avec la température de l'eau et la force du sujet; elle doit cesser, en tout cas, au moment où ce dernier sent se calmer toute impression pénible, où la respiration s'accélère et une sensation de bien-être envahit l'organisme. Prolonger alors serait imprudent.

Si l'exercice a été poussé jusqu'à l'extrême fatigue, la douche devra être tiède et la durée de son application extrêmement courte.

L'ENTRAINEMENT.

Pendant l'entrainement, qui consiste surtout dans la pratique journalière et méthodique de l'exercice que l'on a choisi,

il faut garder une très grande modération dans les actes habituels de la vie. Il importe de se bien nourrir, de boire le strict nécessaire aux repas, jamais en dehors, d'éviter le tabac, le café, les alcools. Pas de veillées, se coucher tôt et prendre un sommeil de neuf heures environ. User naturellement de l'hydrothérapie.

Il ne faut pas d'entraînement pendant une période de grand travail intellectuel, ce qui ne veut pas dire qu'il faille supprimer tout exercice à ce moment; non, il est même nécessaire de faire choix d'un exercice facile et d'en user avec modération.

Un bon appétit, un bon sommeil, sont les meilleurs indices que l'exercice a été utile. Si les symptômes contraires se manifestent, c'est que l'exercice a été nuisible.

L'exercice ne doit être fait ni immédiatement avant, ni surtout immédiatement après le repas.

On évitera avec soin toutes les préparations à base de kola, de coca et autres substances qui donnent une stimulation factice. Il faut bien savoir, en effet, que si l'exercice est hors de proportion avec la force de celui qui s'y livre, ce n'est ni la caféine, ni la coca qui le lui feront accomplir, et si, au contraire, il est compatible avec ses moyens, un entraînement entendu vaut les meilleurs de ces excitants.

LE CHOIX DES EXERCICES.

Mais à quels exercices devra-t-on plus particulièrement s'adonner? Les meilleurs sont incontestablement ceux qui se font en plein air. Pour des jeunes gens qui mènent une existence intellectuelle et pour lesquels le sport ne peut ni ne doit prendre la première place, l'exercice devra être facile et ne sera jamais poussé jusqu'aux limites de la courbature.

Les exercices difficiles exigent un travail cérébral où le jugement, la mémoire, la volonté entrent en jeu; les sujets dont le cerveau subit de fortes dépenses par le travail intellectuel ne sont donc pas ceux auxquels appartiennent les

exercices difficiles. L'aviron, la course, le vélocipède, sont des sports faciles ; l'escrime, l'équitation sont des exercices difficiles.

Je ne saurais trop souscrire aux conseils éminemment pratiques donnés par la Commission d'hygiène de l'Union des sociétés françaises de sports athlétiques et j'engage vivement tous ceux qui s'adonnent aux exercices physiques à les observer scrupuleusement. On ne verra plus ainsi des accidents de surmenage, compromettant tout à la fois la santé de l'individu et l'exercice physique lui-même, comme il n'est que trop fréquent d'en observer tous les jours.

II. — Hygiène alimentaire et moyen facile de vérifier la pureté des alcools.

Les pouvoirs publics et le monde médical de tous les pays se préoccupent, plus que jamais, semble-t-il, de mettre un frein aux ravages de l'alcoolisme. Le moment ne pouvait être mieux choisi par M. Coiffier (du Puy), pour faire connaître le moyen bien simple qu'il emploie pour vérifier la pureté des alcools. On sait en effet que si le danger de l'heure présente vient de l'ingestion immodérée de liqueurs spiritueuses, l'alcool en lui-même est peut-être moins à incriminer que les produits toxiques qu'il renferme. A la place du bon alcool de vin que l'on consommait autrefois et qui est devenu une rareté, on absorbe aujourd'hui des produits industriels provenant de la distillation de subtances diverses, mal rectifiées, et contenant des essences dont l'action est désastreuse pour l'organisme.

Le procédé de M. Coiffier consiste à enflammer dans une soucoupe, 20 grammes de l'alcool, à essayer et à examiner attentivement les différents phénomènes qui s'opèrent pendant la combustion.

L'alcool rectifié pur, l'alcool éthylique typique, brûle avec

une flamme bleu pâle, uniforme, sans fumée, avec une odeur suave, et sans laisser aucun résidu. Or, il n'est aucun des corps usités pour frelater les alcools qui ne modifie d'une façon certaine les caractères de cette combustion de l'alcool pur.

Les alcools inférieurs, les éthers, les acides gras, toutes les substances huileuses brûlent avec une flamme jaune qui tranche immédiatement sur la coloration bleu pâle de l'alcool vinique.

De même, toutes les essences, tous les acides gras, les alcools de grains, de bois, de betteraves, de pommes de terre et autres, fument et donnent, sur une soucoupe blanche avec laquelle on écrase la flamme, une tache noire plus ou moins étendue.

Pour l'odeur, les différences s'accentuent, se renforcent par la combustion ; ces différences sont si tranchées que l'odorat le moins exercé est capable de saisir immédiatement la falsification, sans pouvoir toutefois se prononcer sur sa nature.

Enfin tous les alcools impurs laissent des dépôts plus ou moins épais sur la soucoupe où on les a enflammés, tandis que l'alcool pur brûle sans laisser d'autre dépôt que quelques gouttelettes absolument incolores, humidifiant à peine la surface de la porcelaine.

On peut donc conclure que, si un alcool qu'on essaye a une flamme jaune, fume, répand une odeur âcre ou laisse un dépôt, on doit certifier l'existence d'une adultération et rejeter cet alcool. Restera à des chimistes à préciser la nature de la falsification, mais dès l'épreuve proposée par M. Coiffier, on pourra, ce qui est on ne peut plus important, affirmer l'existence de cette falsification.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Médecine générale (1).

Thyro-antitoxine (Frænkel, *Soc. Império-Royale des médecins de Vienne*, 22 nov. 1895). — M. Frænkel a préparé des extraits à froid et à chaud de la thyroïde desséchée du mouton. Après précipitation par l'acide acétique des corps albuminoïdes, le filtrat contient une substance ayant pour formule $C^7H^{11}Az^3O^5$, qui est l'antitoxine. Ce corps appartient probablement à la série de la guanidine; mais, au point de vue de sa constitution, cette substance nécessite d'autres recherches. L'antitoxine thyroïdienne est sans odeur, agréable au goût, exactement dosable et bien caractérisée au point de vue chimique, n'ayant pas les actions secondaires désagréables de la substance thyroïdienne et paraissant bien plus que celle-ci appropriée à l'usage thérapeutique.

L'antipyrine dans les néphrites (Charrin, *Soc. de Biologie*, 9 novembre 1895). — L'antipyrine est un des corps les plus susceptibles d'affaiblir la toxicité des corps nuisibles contenus dans la sécrétion du rein : c'est ce que l'auteur nous démontre en s'appuyant sur des expériences extérieures; il nous rapporte les résultats obtenus par l'administration de ce médicament dans les cas d'urémie et de néphrites aiguës.

Six fois on a obtenu un plein succès; une fois même, une albuminurie dont le taux était de 5 millièmes a entièrement disparu dans l'espace de vingt jours par l'administration de l'antipyrine à la dose de 75 centigrammes.

Nous faisons les plus grandes réserves sur les résultats annoncés de la méthode préconisée si hâtivement par M. Char-

(1) La Revue est faite par les soins de l'Institut international de bibliographie, dirigé par le Dr Marcel Baudoin.

rin, car l'absorption de l'antipyrine par les brigtiques est loin d'être sans danger, comme M. Albert Robin l'a surabondamment démontré.

Sur le traitement de l'érysipèle par les pulvérisations d'éther sublimé (Talamon, *Méd. mod.*, Paris 1895, n°70, p. 569). — Talamon indique un nouveau traitement de l'érysipèle. Il a obtenu des guérisons, dans une dizaine de cas, par des pulvérisations d'une solution à 1 0/0 de sublimé dans l'éther. La guérison a été très rapide et elle a été obtenue en trois ou quatre jours. La valeur thérapeutique de ce procédé a donné lieu à des discussions; et il faut avouer que tout le monde n'a pas été aussi heureux que Talamon. L'auteur explique ces insuccès en disant que l'application fait le résultat. Pour tirer de l'éther sublimé tout l'effet que l'on en peut attendre, il faut apporter une grande attention à la pulvérisation et au pansement consécutif qui doit être fait environ une demi-heure après.

1,600 grammes de sous-nitrate de bismuth en 80 jours (Al. Mathieu, *Soc. Méd. des hôpit.*, 6 décembre 1895). — L'auteur nous présente le cas d'un malade atteint d'hyperchlorhydrie, qui avait pris contre ses douleurs stomacales intenses 1,600 grammes de sous-nitrate de bismuth en l'espace de 80 jours. Il n'y a pas eu d'accidents produits par l'usage exagéré de ce médicament, si ce n'est un peu de stomatite, et une certaine pigmentation faciale, rappelant assez le masque des femmes enceintes; encore, à ce sujet, l'auteur se demande-t-il si le sous-nitrate était bien pur et ne renfermait pas une petite quantité d'arsenic. Les fonctions organiques n'avaient nullement été influencées et il n'y avait pas de constipation intense.

M. Hayem ajoute qu'on peut retirer les plus grands avantages du sous-nitrate de bismuth dans la gastrite hyperpeptique, et qu'il ne présente pas les dangers du bicarbonate de Na, s'il est mal administré.

Maladies de la peau et syphilis.

Traitement des bubons par les injections de vaseline iodoformée. (Rullier, *Arch. méd. mil., Par.*, 1895.) — L'idée de ce traitement a été inspirée à l'auteur par le procédé de Laub qui consistait à inciser le bubon et à faire des injections de nitrate d'argent. M. Fontan procède de la manière suivante :

1[er] temps. — Lavage et antiseptie de la région à la liqueur van Swieten, dédoublée par l'eau chaude ;
2e — Ponction à la lancette ou au bistouri ;
3e — Evacuation du pus ;
4e — Injection de vaseline iodoformée (à 1/10) liquéfiée par la chaleur ;
5e — Pansement par coton au sublimé.

La guérison s'opère, en général, en six à sept jours et ne laisse aucune cicatrice visible.

Il n'y a insuccès que si la peau n'a plus une vitalité suffisante et est destinée à l'élimination.

Traitement du psoriasis par l'iodure de potassium à haute dose. (Seifert, *Méd. mod. Par.*, 5 octobre 1895, n° 80, 446). — L'auteur a expérimenté la méthode de Hoslund sur 13 malades : il a obtenu 4 guérisons complètes, au bout de sept semaines de traitement avec des doses totales variant entre 223 et 850 grammes d'iodure de potassium. Les doses excessives d'iodure (20 à 40 grammes par jour) ont été bien supportées. Les accidents d'iodisme sont moins accentués, quand le malade prend de fortes doses d'iodure, parce que l'iode libre provenant de la décomposition intra-organique de K I, se trouve dissous dans l'excès d'iodure de potassium. L'usage prolongé des fortes doses d'iodure provoque des troubles de tachycardie souvent suivis d'accès de fièvre.

Un cas de syphilis grave guéri par l'ingestion de glande thyroïde. (Gouladse, *Méd. mod. Par.*, 5 octobre 1895, n° 80, 416.) — Le malade présenté par l'auteur est un sujet de 25 ans. Les ailes du nez et la partie supérieure du pavillon de l'oreille gauche étaient détruites par des ulcères syphilitiques; état général, très mauvais. On administra de la glande thyroïde de bœuf en la coupant en petits morceaux et en la faisant manger au malade avec du pain, du sel et du beurre.

Le cinquième jour, il y eut une amélioration notable; cinq mois après, le malade était guéri. La dose au début était de 2 grammes, au bout d'un certain temps, elle atteint 14 grammes Tous les deux jours, le traitement avait une interruption de vingt-quatre heures. L'auteur ne se prononce pas encore sur le mode d'action de cette substance.

Sérothérapie.

Traitement de la syphilis par les injections d'antitoxine syphilitique (Cotterell, *Med. Moderne Par.*, 1895, 12 oct. 82, 624-5). — La raison de ce traitement est basée sur ce fait que les personnes qui ont déjà été atteintes par la syphilis possèdent une qualité quelconque qui les défend contre une nouvelle infection de la maladie. Cette immunité est due à la présence dans le sang d'une matière quelconque que l'on appelle l'antitoxine syphilitique. Ce traitement donne de bons résultats dans différents cas; dans la première période de la maladie, quand il n'y a qu'un chancre et un engorgement ganglionnaire, l'éruption de la peau disparaît plus vite qu'avec le traitement mercuriel, sauf exception pour les accidents de la gorge. Le sérum d'une personne atteinte de syphilis secondaire semble être le plus actif. La quantité à injecter peut varier de 1/2 à 5 centimètres cubes. On ne saurait trop recommander ce mode de traitement à tous les praticiens, et surtout aux médecins militaires qui ont de nombreuses occa-

sions de soigner la syphilis et qui peuvent longtemps suivre leurs malades.

Trois cas d'acromégalie traités par des tablettes de corps pituitaire (Marinesco, *Soc. méd. d'hôp.*, 1895, 8 nov.). — Chez le premier sujet (femme de 53 ans), la maladie a débuté il y a 9 ans par des sensations d'engourdissement; peu à peu, il y a eu suppression de règles, hypertrophie des extrémités, de la face, troubles de la vue, etc.; chez le second (homme de 54 ans), le début remonte à 8 ans; marche de la maladie à peu près identique; chez le troisième (femme de 30 ans), il y a des antécédents épileptiques et, à la suite d'une chute d'un 2[e] étage, la maladie de Marie a revêtu tous ses caractères. Chez les trois malades, le facies acromégalique est caractéristique, les deux premiers appartiennent au type massif, la troisième au type géant; cette dernière est atteinte de diabète sucré et il y a polyurie très marquée. Se basant sur ce fait que l'acromégalie est liée à la perversion de la glande pituitaire, il a semblé naturel à l'auteur d'administrer aux malades du corps pituitaire sous forme de tablettes et il en a obtenu d'excellents résultats : amélioration de l'état général, atténuation des douleurs et diminution de la tuméfaction.

Myxœdème idiopathique guéri par les tablettes thyroïdiennes (Natjen, *Soc. méd. de Hambourg*, 19 nov. 1895). — La communication de l'auteur sur un cas de myxœdème idiopathique pris pour de l'obésité et traité par les tablettes thyroïdiennes a soulevé une discussion passionnée à cette Société sur la question de savoir si l'extrait thyroïdien fait repousser ou tomber les cheveux. M. Natjen a affirmé que les cheveux ont repoussé dans son cas; MM. Arming et Fœnger, d'après des observations personnelles, ont prétendu le contraire. Enfin, M. Kummel a cité un cas, où un malade, à la suite d'un myxœdème, avait perdu tous ses cheveux, tandis que la figure, les bras et le thorax se couvraient de

poils nombreux ; sous l'influence du traitement thyroïdien les chevoux repoussèrent, tandis que les poils poussés sur la figure, les bras et le thorax sont tous tombés.

Toxines et antitoxines. (Calmette (E.), *Bull. méd. Par.*, 20 novembre 1895, 93, 1.061). — L'articlo de l'auteur peut se résumer à quelques considérations sur les toxines et sur l'action des organes et des sucs de ces organes sur les toxines, c'est, en mêmo temps, une étude assez détaillée de l'immunisation et de la phagocytose.

Il passe successivement en revue la virulence du stroptocoque et l'efficacité du sérum antistreptococcique, la toxicité des venins de serpents et l'immunisation contre ces venins par les injections de doses faibles de venin mélangé à une solution à 1/60 d'hypochlorite de chaux ou de soude. Quelques mots sur la pathogénie de la diphtérie, du tétanos, du choléra, de la tuberculose et de la fièvro typhoïde. Les moisissures, les mucosinées, dit-il, agissent par leur puissance végétative, par l'épuisement du milieu dans lequel plongent leurs mycéliums (tuborculose aspergillaire, actinomycose). Très intéressant paragraphe sur la thérapeutique des néoplasmes par les injections de toxines on de venins (effets de leucocytose et pyogénèse). Puis, quelques observations sur l'impression des organes par los produits solubles qui les pénètrent, sur l'action des poisons microbiens sur les grands systèmes de l'économie, sur l'action des sérums antitoxiques sur les toxines, les bactéries et la leucocytose (fonctions phagocytaires) qu'ils déterminent. Enfin, importante relation sur l'énorme quantité de substances toxiques, auxquelles la portion gastro-intestinale de tube digestif, donne passage.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 126.2.96.





HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

CINQUIÈME LEÇON

Traitement des dyspepsies,

Par M. Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

I

DIVISION THÉRAPEUTIQUE DES DYSPEPSIES

De toutes les notions que nous avons acquises, au cours des précédentes leçons, ce qui ressort très nettement, c'est que les dyspepsies représentent, à coup sûr, un élément pathologique des plus complexes, on peut même dire le plus complexe parmi les espèces morbides. Cependant, grâce à la mise en lumière de toutes les influences organiques susceptibles de s'exercer sur l'estomac, il nous est à présent possible d'aborder avec fruit l'étude thérapeutique des dyspepsies, étude qui est le but de nos recherches.

J'ai montré que, si après avoir longtemps soutenu la thèse de la classification chimique, M. Hayem s'est fait le défenseur du groupement anatomique, c'est sans plus de succès, puisque les faits démontrent, de la façon la plus nette, que la lésion anatomique, dans les maladies fonctionnelles de l'estomac, est seulement la conséquence plus ou moins lointaine d'un trouble fonctionnel. J'ai montré également que la classification chimique, malgré ses apparences très séduisantes de certitude, ne permet assurément pas de grouper cliniquement tous les cas; en effet, l'expérience ne tarde pas à démontrer au plus prévenu que les dyspeptiques peuvent successivement représenter tous les

types et devenir à tour de rôle *hypo*, ou même *anachlorhydriques*, après avoir été franchement *hyperchlorhydriques*. Enfin, j'ai établi que le procédé clinique, qui consiste à tenir en même temps compte des caractéristiques chimiques et des symptômes prédominants qui peuvent se manifester dans les divers éléments anatomiques et à faire ainsi des dyspepsies *hyper*, *hypo* ou *anachlorhydriques nerveuses*, *motrices* ou *nervo-motrices*, ne rend en réalité pas plus de services.

En résumé, les théories chimiques ou cliniques anciennes ne peuvent nous être d'aucun secours pour établir d'une manière logique le traitement des dyspepsies. Dans ces conditions, nous partirons du point de vue suivant :

Toute dyspepsie a pour point de départ un trouble fonctionnel. A partir de ce trouble initial, les fonctions multiples de l'organe vont s'altérant de plus en plus ; les réactions chimiques, les troubles de sécrétion, de mouvement et de nervosité de l'estomac vont toujours en s'aggravant et en s'enchevêtrant, de telle sorte qu'il est impossible de les différencier; au bout d'un temps, qui varie beaucoup d'un sujet à un autre, l'organe surmené refuse le service, et à ce moment la dyspepsie (trouble uniquement fonctionnel) s'est transformée en gastrite, et c'est alors qu'il y a lésion organique.

Par conséquent, ce qui doit surtout nous guider, c'est le trouble fonctionnel ; c'est à lui que nous devons uniquement nous attacher, parce que c'est lui qui sera notre meilleur guide au point de vue de la direction du traitement. Bien entendu, nous tiendrons toujours le plus grand compte des réactions chimiques et de la qualité du suc gastrique, mais ce sera surtout pour en tirer des indications utiles qui nous éclaireront sur l'état de la fonction gastrique, et non pas pour établir une qualification morbide qui ne nous serait d'aucune utilité dans la pratique.

En nous plaçant sur ce terrain, on reconnaît que l'estomac est, au point de vue anatomique comme au point de vue physiologique, un tout indissociable; et l'on voit que, si l'on tient compte des réactions fonctionnelles, les dyspepsies se manifestent sous trois types caractéristiques; il peut y avoir :

1° Exagération de la fonction;

2° Insuffisance de la fonction;

3° Perversion de la fonction.

Voilà donc déjà un groupement logique, qui a le grand avantage de ne rien préjuger au point de vue clinique et de présenter une base solide à la thérapeutique. A chacun de ces états nous rattacherons des types correspondants, et nous aurons ainsi les groupes suivants :

1° Dyspepsie par hypersthénie;

2° Dyspepsie par hyposthénie ou insuffisance;

3° Dyspepsie par fermentations vicieuses.

Chacun de ces états peut exister seul, mais le plus souvent, des fermentations vicieuses accompagnent les dyspepsies des deux premiers groupes.

Ces trois grands groupes représentent des états pathologiques confirmés; mais avant que la maladie existe à l'état définitif, il y a souvent des manifestations où l'estomac n'est en réalité pas encore touché, où la fonction s'accomplit normalement et où les troubles se passent dans le milieu alimentaire sans que les sécrétions soient en rien altérées. Ces distinctions sont assez subtiles, et pourtant elles ont une réelle importance; je considère, en effet, ces troubles, qui n'ont pas encore été décrits, comme la préface d'un véritable état dyspeptique. On pourrait appeler cet état *dyspepsie prémonitoire*, ou encore *dyspepsie alimentaire*, pour rappeler que ces troubles n'atteignent que l'état de la masse alimentaire contenue dans l'estomac. Celui-ci n'est pas malade à proprement parler; il n'y a de troubles que dans la

cuisine qui s'y accomplit. Quoi qu'il en soit, c'est par cet état que je commencerai l'étude des dyspepsies.

Pour plus de clarté, je prendrai successivement les diverses formes de dyspepsie et j'en indiquerai le traitement, après avoir résumé brièvement la séméiologie.

II

Troubles dyspeptiques prémonitoires ou d'origine alimentaire

Les troubles dyspeptiques que j'ai en vue ici se rencontrent presque toujours chez des gens qui ont un excellent estomac. Cela a l'air paradoxal, et cependant rien n'est plus juste. En effet, c'est toujours chez les gros mangeurs qu'on peut trouver ces phénomènes et aussi chez les personnes qui absorbent de trop grandes quantités de liquide, en un mot, chez des sujets qui ne sentent pas encore la nécessité d'un régime.

Étiologie. — Deux variétés de dyspepsie, sans troubles fonctionnels, dus à la fonction gastrique elle-même, peuvent se rencontrer :

1° Par excès de liquide ; dans ce cas, le suc gastrique dilué à l'extrême, est incapable de transformer les aliments, parce qu'il ne renferme pas d'acide libre suffisamment concentré. On rencontre ce type plus souvent chez les femmes, on le trouve aussi chez les chauffeurs et les verriers ; en un mot, dans les métiers qui forcent l'ouvrier à boire une grande quantité de liquide à cause des fortes déperditions sudorales auxquelles ceux-ci sont soumis ;

2° Par excès d'absorption alimentaire ; ici le trouble prend un caractère chimique plus accentué.

On sait que dans la fermentation alcoolique, lorsqu'une certaine quantité de sucre a été transformée en alcool, la présence de celui-ci agit en arrêtant la fermentation du moût ; c'est un phénomène analogue qui se passe au sein d'une masse alimentaire trop considérable. L'estomac accomplit d'abord normalement son travail, mais, au bout d'un certain temps, lorsque les peptones se trouvent en trop grande quantité dans l'organe digestif, elles agissent comme agent inhibitoire de la fonction pepsinique, de sorte que la digestion du reste de la masse alimentaire, non transformée encore, ne peut plus être accomplie. On voit que dans ce cas très particulier, comme je l'ai dit plus haut, le trouble réel de la digestion n'est véritablement pas d'origine gastrique, mais est dû à une cause intrinsèque. Cependant, si des phénomènes de ce genre se reproduisent souvent, l'organe ne tarde pas à s'irriter et l'on se trouve alors en présence de troubles de la fonction gastrique qui font entrer la maladie dans l'une des classes que nous étudierons tout à l'heure.

SYMPTOMES. — Les phénomènes diffèrent selon les causes qui en déterminent l'apparition. Ils demandent donc à être étudiés séparément.

A. *Troubles par excès de liquide.* — Le malade éprouve après le repas une sensation de plénitude et de gonflement, qui peut être accompagnée d'anxiété respiratoire, plus ou moins marquée suivant l'abondance du liquide absorbé en excès ; souvent il se produit des régurgitations de parcelles alimentaires non digérées, mélangées de liquide sans saveur et dépourvu d'acidité, preuve que la digestion ne peut s'accomplir, en raison même de la dilution des sucs digestifs. Cet état persiste parfois pendant plusieurs heures,

jusqu'à ce que l'absorption des boissons ait pu permettre au suc gastrique de prendre une concentration suffisante, alors seulement la digestion commence et elle s'accomplit normalement.

B. *Troubles par excès de peptones.* — Contrairement à ce qui se passe dans le cas précédent, le gros mangeur commence normalement sa digestion et même, si l'on fait à ce moment l'analyse du suc gastrique, on le trouve parfaitement normal; mais, au bout de quelque temps, le sujet éprouve un malaise caractéristique de l'indigestion ; il est pris de somnolence, et quelquefois, il a des vomissements ; on constate alors que les liquides sont peu acides et que l'évolution des syntonines est arrêtée ; il peut même arriver que la masse alimentaire soit dépourvue totalement d'acidité. On remarquera qu'il ne faut pas confondre cet état avec l'indigestion, car le malaise est beaucoup moins prononcé et le vomissement est rare ; c'est bien d'un phénomène dyspeptique qu'il s'agit ; on n'observe pas de fermentation vicieuse, capable de provoquer des troubles par intoxication ; il n'y a absolument qu'un arrêt de fonction, dû à une cause tout extérieure, c'est-à-dire à la présence dans l'estomac d'une masse de peptones trop considérable, laquelle a pour effet d'arrêter l'action de la pepsine sur le reste des aliments.

Il est à remarquer que ce genre de trouble gastrique a une importance pathogénique plus grande que le précédent, car si les phénomènes se répètent trop souvent, on ne tarde pas à voir se manifester des symptômes dyspeptiques, dus cette fois à une altération des fonctions de l'organe ; il est donc nécessaire de faire un traitement décisif et immédiat.

Traitement. — Dans ces divers cas, l'organe est sain, les fonctions elles-mêmes sont intactes, par suite le traitement

est facile et ne comporte aucune médication; l'hygiène suffit amplement à toutes les indications. Chez les gros mangeurs, on voit disparaître bien vite les accidents en réglant avec soin la quantité d'aliments ingérés et en surveillant l'état de l'intestin, s'il y a tendance à la constipation. Ces mesures préventives suffiront toujours à amener la cessation des troubles gastriques.

Lorsque ceux-ci sont dus à un excès d'ingestion de liquides, la thérapeutique est plus délicate à établir; en effet, dans ces cas, il semble qu'il suffirait de supprimer la cause même des accidents pour voir ceux-ci disparaître. Ce serait une erreur, car la suppression brusque de la boisson abondante amène parfois des vertiges extrêmement pénibles.

Il faut donc procéder avec certains ménagements et diminuer lentement et progressivement les liquides. Il y a, du reste, un moyen facile et détourné d'obtenir ce résultat, c'est d'autoriser le malade à boire à volonté après ses repas, c'est-à-dire après une ou deux heures, une fois que la digestion est commencée. Seulement le rationnement doit être sévère pendant le repas. En opérant ainsi, les sucs digestifs gardent leur puissance et la digestion peut ensuite s'opérer malgré l'apport tardif d'une assez grande quantité de liquide.

Avant de quitter ce sujet, il est bon de traiter une fois pour toutes la question du rationnement. C'est là, en effet, un point de régime et d'hygiène alimentaire d'autant plus délicat que l'on est obligé de s'en rapporter au malade lui-même qui, naturellement, n'est pas toujours bon juge de la ration qui lui convient. Ainsi, j'ai dit que la dyspepsie alimentaire par excès de peptones dans l'estomac était un accident des gros mangeurs. Mais qu'est-ce au juste qu'un gros mangeur? Il faut bien savoir que tous les animaux, l'homme compris, ont tendance à satisfaire leurs appétits

avec exagération et l'on peut dire, sans courir la chance de se tromper beaucoup, que tout le monde mange trop. Or, certains sujets, bien plus nombreux qu'on ne le pense généralement, ont des capacités digestives médiocres ; ces personnes sont donc très vite surchargées par une quantité d'aliments qui, au point de vue absolu, peut ne pas sembler considérable. Il est bien évident que ces petits mangeurs seront saturés beaucoup plus vite que d'autres et que l'on verra chez eux survenir les troubles que j'ai décrits comme appartenant aux gros mangeurs, c'est-à-dire aux gens qui absorbent visiblement trop de nourriture, en raison de leur gros appétit. Par conséquent, le rationnement devra être pratiqué même chez les gens qui semblent manger modérément, toutes les fois que les troubles signalés apparaîtront. On se guidera pour cela sur l'existence de régurgitations de liquides neutres ou très peu acides, qui est la caractéristique d'un arrêt de la digestion par excès de peptones, étant bien entendu que l'excès, pris comme valeur, dépend d'un coefficient individuel inconnu.

Ces considérations ont une réelle importance, attendu que, trop souvent, on soumet à un traitement et à un régime, parfaitement inutiles et par conséquent nocifs, des sujets à petite capacité stomacale, que l'on prend à tort pour des dyspeptiques et qui, par un simple rationnement alimentaire, verraient leur état s'améliorer sans autre précaution. Très souvent, j'en suis convaincu, une intervention intempestive de la thérapeutique détermine chez ces malades des altérations fonctionnelles durables, quand une meilleure observation clinique aurait pu éviter cette faute.

Il ne faut pas oublier, en effet, que ces troubles extérieurs à l'organe peuvent, à la longue, amener une altération réelle de la fonction stomacale, et par conséquent, une véritable maladie de l'un des types qu'il nous reste maintenant à étudier.

III

DE L'HYPERSTHÉNIE GASTRIQUE

L'hypersthénie gastrique peut revêtir deux formes principales, l'une aiguë et l'autre chronique. Le début est, du reste généralement aigu ; il est rare que l'excitation fonctionnelle prenne d'emblée la forme chronique ; nous étudierons successivement ces deux types d'une même situation pathologique.

A. Hypersthénie gastrique aiguë.

Cette forme peut présenter trois variétés distinctes, qui sont sous la dépendance de causes diverses, exerçant leur influence sur la fonction gastrique.

Je placerai en première ligne la *dyspepsie hypersthénique aiguë à forme paroxystique d'origine névrosique*, puis la forme *paroxystique* ou *intermittente d'origine centrale*, et enfin la forme *paroxystique* ou *intermittente d'origine gastrique* ou *réflexe*.

Ces subdivisions peuvent être bien défendues au point de vue clinique, mais elles ont surtout le grand avantage de poser très clairement la question au point de vue thérapeutique.

La caractéristique principale de toutes ces variétés de dyspepsies, c'est l'hyperchlorhydrie prononcée du suc gastrique, mais le moment de ce phénomène varie et aussi sa plus ou moins grande fréquence ou la régularité de son apparition. Elles se distinguent aussi par l'existence ou l'absence de phénomènes migraineux.

Et à ce propos, avant d'entamer la description des troubles dyspeptiques et de leurs indications thérapeutiques,

je crois utile de dire quelques mots de la migraine gastrique dont l'expression reviendra si souvent au cours de ces leçons.

La véritable migraine a une origine centrale ; elle est caractérisée par des douleurs de tête atroces ; elle survient en dehors de toute cause gastrique et peut se rencontrer chez des sujets pourvus d'un excellent estomac. Les accès viennent plus ou moins souvent et presque toujours à intervalles régulièrement périodiques ; ils se prolongent parfois pendant plusieurs jours et leur durée est complètement indépendante d'une relation quelconque avec la digestion. Il se produit assurément des vomissements, mais ces vomissements, dus à une action réflexe de l'encéphale sur l'estomac, sont nerveux et l'alimentation ne joue aucun rôle dans leur production.

Tout autres sont les pseudo-migraines d'origine véritablement gastrique ; celles-là sont toujours liées à un trouble manifeste de la fonction digestive et leur durée est toujours symétrique de la durée des troubles gastriques eux-mêmes. Les douleurs de tête sont moins prononcées ; le malade éprouve surtout un trouble vertigineux et un malaise indéfinissable plus pénible que douloureux. De plus, quand il y a vomissement, il est toujours alimentaire, et dans ce cas, l'acidité des matières vomies par le malade est toujours très considérable.

La plupart des sujets disent volontiers « j'ai ma migraine », traduisez *crise dyspeptique*, et vous serez mieux dans la vérité clinique.

Ces considérations sont bonnes à mettre en lumière, car elles ont leurs applications thérapeutiques. En effet, la vraie migraine peut avantageusement être traitée par une médication appropriée, par les nervins et particulièrement par l'antipyrine. Or ces médicaments ont le plus déplorable effet dans les pseudo-migraines d'origine gastrique, et les

malades se trouveront très mal de leur usage. C'est là une faute que l'on évitera à coup sûr en ayant présentes à la mémoire les distinctions que je viens d'établir entre les migraines vraies et les troubles migraineux qui accompagnent si souvent les dyspepsies.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

Action du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique A propos du mémoire de Reichmann,

Par M. G. Linossier,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.
Correspondant de l'Académie de médecine.

Décidément la thérapeutique expérimentale est une science bien difficile, puisque, sur les problèmes les plus simples en apparence, les expérimentateurs ne peuvent réussir à se mettre d'accord.

Voici, par exemple, le bicarbonate de soude : soit en nature, soit sous forme d'eaux minérales, il est peu de médicaments qui aient été aussi abondamment employés, il en est peu qui aient été l'objet d'autant de recherches; il semble que la nature et le mécanisme de son action devraient être dès longtemps complètement élucidés : Il n'en est pourtant rien; et, à ne considérer que le point particulier qui fait l'objet d'un récent mémoire de M. Reichmann (1), l'action du médicament sur la sécrétion gastrique, on est surpris de voir combien différentes sont les opinions des divers auteurs.

(1) *Archiv. f. Verdauungs Krankeiten. I. fasc. I.*

Je ne veux pas refaire un historique que j'ai développé ici même (1). Je me contente de résumer mes propres conclusions pour les mettre en regard de celles de M. Reichmann. Je distinguerai, comme je l'ai toujours fait, l'action immédiate et l'action éloignée du bicarbonate de soude.

I. — Action immédiate

Introduit dans l'estomac, le bicarbonate de soude y exerce une action chimique et une action physiologique. L'action chimique est immédiate et a pour résultat l'alcalinisation totale ou partielle du contenu stomacal. Elle se produit sans aucune participation de la muqueuse gastrique, comme elle se produirait *in vitro*. Il ne saurait y avoir à cet égard aucune contestation.

L'action physiologique est essentiellement la réaction des cellules glandulaires de l'estomac vis-à-vis du médicament. Elle consiste *toujours*, d'après moi, en une excitation de ces cellules, et a pour résultat une sécrétion exagérée d'acide chlorhydrique.

L'action excitante du bicarbonate de soude qui ressortait nettement de mes expériences en collaboration avec Lemoine (2) n'est pas admise par tout le monde. Certains, avec M. Hayem, lui attribuent une action dépressive, d'autres, comme M. Gilbert, une action excitante ou dépressive suivant les circonstances. Une seule opinion n'avait pas encore été émise, c'est celle dont M. Reichmann vient de se faire le champion, et qui peut se résumer ainsi : Le bicarbonate de soude n'exerce aucune action, ni excitante, ni dépressive sur la sécrétion gastrique.

---

(1) Linossier et Lemoine. Action du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique, *Bulletin de thérapeutique*, décembre 1894.

(2) Linossier et Lemoine. *Archives générales de médecine*, 1893.

Cette proposition émanant d'un homme, qui a acquis, en matière de pathologie stomacale, une légitime autorité, fondée d'ailleurs sur un nombre considérable d'expériences, est de nature à étonner tous ceux qui ont appris à manier le bicarbonate de soude dans le traitement des affections gastriques, et savent quel parti on peut tirer de son emploi. Si l'expérimentation imposait une pareille conclusion, elle serait en contradiction formelle avec la clinique, et il faudrait chercher les motifs de ce désaccord. En réalité, cette contradiction n'existe pas; une étude attentive des expériences de M. Reichmann fait voir qu'elles ne sont pas aussi démonstratives que le croit leur auteur, et ne légitiment pas ses conclusions négatives. Après, comme avant la lecture de son travail, je crois pouvoir maintenir dans leur intégrité les conclusions de mes recherches avec Lemoine. Elles ne sont plus passibles du reproche que leur adresse M. Reichmann d'être déduites d'une série d'expériences effectuées sur un sujet unique; depuis deux ans, de nombreuses analyses, et des constatations cliniques plus nombreuses encore m'en ont démontré le bien fondé; les recherches de M. Mathieu et de M. Gilbert en ont confirmé plusieurs points essentiels. Enfin, une preuve de leur valeur, c'est que, bien loin d'être en contradiction avec les faits expérimentaux présentés par M. Reichmann, elles vont me permettre de les interpréter, comme elles auraient pu permettre d'en prévoir d'avance le résultat négatif.

La disposition des expériences de M. Reichmann est passible de plusieurs critiques (1).

1° J'insiste d'abord sur ce point capital, qu'il est *impos-*

(1) M. A. Mathieu a publié (*Gazette des hôpitaux*, 18 septembre 1895) une étude fort bien faite du travail de Reichmann. Je ne puis sur certains points, que reproduire des critiques déjà énoncées dans cette étude.

sible de connaître l'action du bicarbonate de soude sur la sécrétion gastrique, dans un cas particulier, en pratiquant une analyse unique, et voici pourquoi :

J'ai dit plus haut que le bicarbonate de soude introduit dans l'estomac y provoque d'abord l'alcalinisation, totale ou partielle, du contenu gastrique (action chimique), puis une excitation des cellules glandulaires (action physiologique) se traduisant par une sécrétion exagérée d'acide chlorhydrique.

Cette sécrétion exagérée se manifeste d'ailleurs d'une manière différente, suivant que la dose du médicament est petite, forte ou moyenne.

Si elle est petite, l'excitation peut être inappréciable ; si elle est massive, l'effort imposé à la muqueuse par la saturation d'une alcalinité excessive l'épuise, et le contenu de l'estomac peut être encore alcalin quand il franchit le pylore, si elle est moyenne, la réaction acide une fois reconquise (ce qui exige un temps d'autant plus long que la quantité de sel alcalin est plus considérable), l'acidité s'élève peu à peu, et arrive à dépasser plus ou moins l'acidité normale du suc gastrique.

Telle est l'évolution complète du phénomène. On peut la suivre aisément, en pratiquant, comme Lemoine et moi nous l'avons fait, des analyses multiples au cours de la même digestion. Si on se contente, au contraire, d'une exploration unique, on peut *de la même expérience* tirer, suivant les cas, trois conclusions absolument différentes.

a) L'exploration est faite prématurément, avant que le suc gastrique alcalinisé ait reconquis son acidité normale. *On concluera à une action dépressive.*

b) L'exploration surprend le milieu gastrique au moment où cette acidité normale vient d'être conquise. *On concluera à une action nulle.*

c) L'exploration est faite tardivement. Dans ce cas seu-

lement, si la dose de médicament est convenable, *on pourra constater l'action excitante.*

M. Reichmann, dans chacune de ses expériences, n'a fait qu'une exploration unique, et il l'a faite en général prématurée : Parfois dix minutes après l'ingestion (dans ce cas, le contenu gastrique a été trouvé alcalin, ce qui était à prévoir) le plus souvent après trente minutes, exceptionnellement après une heure et demie à deux heures. Or, chez le malade qui servit de sujet à nos expériences, nous avons noté, Lemoine et moi, que la proportion maximum d'acide chlorhydrique n'était atteinte que deux heures après administration de 0gr,50 de bicarbonate, trois heures après l'ingestion de 1 gramme.

2° M. Reichmann a eu aussi le tort de ne pas essayer chez le même malade l'effet de doses variables de bicarbonate de soude, et de n'employer le plus souvent que des doses insuffisantes pour provoquer une excitation notable de la sécrétion.

Il s'est tenu presque invariablement à la dose minime de 0gr,50; c'est exceptionnellement qu'il a atteint, 1 ou 2 grammes. Or, dans mes expériences, pour provoquer le maximum d'excitation, il a fallu 5 grammes, une heure avant le repas.

Après le repas, il est vrai, M. Reichmann a atteint la dose de 4 grammes; mais l'extraction a été pratiquée une demi-heure après. Rien d'étonnant à ce que le contenu stomacal ait été trouvé encore alcalin.

3° Et pourtant, bien que les doses fussent le plus souvent insuffisantes, et la durée de l'expérience trop courte, bien que, par conséquent, toutes les conditions fussent réunies pour donner l'illusion d'une action dépressive ou du moins nulle du bicarbonate de soude, il est certaines expériences dans lesquelles l'action excitante est manifeste. Je cite :

Série I. — EXPÉRIENCE I. — 0gr,50 de bicarbonate de soude dans 200 grammes d'eau distillée, administrés à jeun. Extraction quinze minutes après. Huit expériences identiques, et huit expériences comparatives avec l'eau distillée seule.

Les valeurs *maximum* de l'acidité totale et de l'acide chlorhydrique libre, dans le liquide extrait sont :

	AVEC L'EAU DISTILLÉE	AVEC LE BICARBONATE
	—	—
Acidité totale . .	1gr,60 p. 1000	2gr,32 p. 1000
HCL libre. . . .	1 23 —	2 00 —

Série II. — EXPÉRIENCE I. — 0gr,50 de bicarbonate de soude dans 200 grammes d'eau distillée quinze minutes avant le repas. Extraction une heure après le repas. Quatre expériences identiques, et quatre expériences comparatives sans bicarbonate de soude.

Les valeurs *maximum* de l'acidité totale et de l'acide chlorhydrique sont :

	AVEC L'EAU DISTILLÉE	AVEC LE BICARBONATE
	—	—
Acidité totale . .	2gr,96 p. 1000	3gr,48 p. 1000
HCL libre. . . .	2 32 —	2 64 —

De ce qui précède, il résulte nettement que les conditions mêmes dans lesquelles ont été effectuées les expériences de Reichmann rendaient impossible la constatation de l'action excitante immédiate du bicarbonate de soude. L'auteur ne pouvait constater, et n'a constaté en effet que la plus grande irrégularité d'action.

ACTION ÉLOIGNÉE

La seconde partie des recherches de Reichmann se rapporte à l'action éloignée du bicarbonate de soude, c'est-à-dire à l'action d'un traitement prolongé.

J'avais ainsi résumé mes conclusions sur ce point :

« L'action éloignée du bicarbonate de soude se traduit d'abord par l'excitation, puis par la dépression de cette sécrétion. L'excitation est le résultat de l'action immédiate du bicarbonate de soude sur les glandes gastriques. La dépression semble au contraire devoir être rattachée à l'action générale du médicament, ou, d'une manière plus précise, à l'alcalinisation du sang. »

Examinons maintenant les expériences de M. Reichmann.

Elles se divisent en deux groupes : dans les premières, le bicarbonate de soude a été administré avant le repas.

Chez deux malades hypochlorhydriques, l'absorption quotidienne de 0gr,50 à 1 gramme de sel alcalin, pendant un mois à six semaines, a provoqué une excitation évidente. L'acidité s'est élevée dans un cas, de 1,4 à 1,6 p. 1000, et dans l'autre, de 2 à 2,6.

Chez les trois autres, plus ou moins hyperchlorhydriques, l'action de doses quotidiennes de 0gr,50 à 6 grammes, de bicarbonate de soude pendant vingt-six à quarante jours, a été à peu près nulle.

Après le repas, le bicarbonate de soude n'a été prescrit que dans trois cas d'hyperchlorhydrie sévère.

Le premier malade en absorbait 32 grammes par jour. Il n'eut après deux semaines qu'une dépression momentanée de la sécrétion.

Le deuxième a eu, au contraire, une dépression assez marquée, après sept semaines de traitement, à 24 grammes

par jour. L'acidité, qui oscillait entre 2,8 et 3,5 est tombée à 2,4.

Enfin le dernier a eu plutôt un peu d'excitation après avoir absorbé 1396 grammes de bicarbonate de soude en huit semaines. L'acidité avait passé de 3 à 3,4 p. 1000.

Peut-on vraiment conclure de telles expériences que le bicarbonate de soude ne possède aucune action?

Parmi les sujets en expérience, il n'y a que deux hypochlorhydriques. Chez tous deux, il s'est produit une excitation. C'est ce que nous avions constaté avec Lemoine, ce qu'ont depuis reconnu Gilbert et Modiano.

Quant aux hyperchlorhydriques, les résultats ont été plus variables, nuls pour de faibles doses, nuls encore, ou caractérisés par un peu d'excitation ou de dépression pour de fortes doses.

Or, qu'ai-je dit de l'action éloignée du bicarbonate de soude chez les hyperchlorhydriques?

« Chez les hyperchlorhydriques, les faibles doses sont absolument sans aucun effet; il faut, pour obtenir l'action excitante, recourir à des quantités assez fortes de bicarbonate, et, dans les cas graves, il est absolument impossible, quelle que soit la dose employée, d'obtenir un effet sédatif. »

Les expériences de Reichmann, montrant une excitation très nette chez *tous* les hypochlorhydriques par de faibles doses, une indifférence absolue des hyperchlorhydriques aux doses modérées, et leur résistance extrême aux doses fortes et prolongées, confirment la proposition que j'avais exprimée sous forme de théorème :

La sensibilité à l'action du bicarbonate de soude est en raison inverse de la richesse de la sécrétion gastrique en acide chlorhydrique.

Mais de cette proposition même résulte cette conclusion : que les hyperchlorhydriques et surtout les hypersécréteurs se prêtent très mal à l'étude de l'action du bicarbonate de

soude. Ils constituent des réactifs peu sensibles (1). Si M. Reichmann avait eu la précaution de classer ses malades d'après le type de leur dyspepsie, il n'aurait pas manqué de faire cette remarque, et n'eût pas conclu de la résistance de certains sujets à l'égard de l'action thérapeutique d'un médicament, à l'inactivité absolue de ce médicament.

Je ne veux pas insister davantage. Je tenais seulement à montrer que le travail, d'ailleurs considérable, de M. Reichmann, n'est pas exempt de causes d'erreurs, et que les déductions qu'en tire son auteur n'ont pas le caractère définitif qu'il leur attribue. Il me paraît notamment, que ses expériences laissent subsister tout entières, les conclusions — bien différentes pourtant des siennes — que Lemoine et moi avons développées dans ce journal.

CHRONIQUE

Médications singulières et panacées oubliées.

La Zoothérapie.

Les vertus thérapeutiques du chat, du cheval et autres mammifères

Par le Dr Cabanès.

(2e article)

S'il est hasardeux de chercher une explication à des faits dont l'empirisme est la base, il n'est pas moins témé-

(1) Néanmoins M. Tournier, chef de clinique à la Faculté de Lyon publiera très prochainement un certain nombre d'observations de dépression durable de la sécrétion gastrique, à la suite d'un traitement prolongé par le bicarbonate de soude chez des hyperchlorhydriques.

raire de les rejeter de parti pris. La *zoothérapie* est un de ces sujets qui appellent la réflexion, toutes bizarres que paraissent les singulières pratiques qui en dérivent. L'efficacité de cette méthode thérapeutique (toute prétentieuse qu'apparaisse l'expression) étant attestée par de multiples expériences, il serait peut-être sage d'y porter attention, et de ne pas traiter avec un dédain trop professionnel un sujet d'études propice aux méditations.

Doit-on attribuer à une influence calorique, magnétique ou électrique cette sorte d'attraction qui s'opère entre le sujet malade et l'animal sain; ce transfert, cette transplantation d'éléments morbifiques comme on l'appelait jadis, que maints observateurs ont signalée ? Le corps sain, comme on l'a écrit, communique-t-il de la vitalité au corps malade ou faible, et celui-ci rayonne-t-il des principes morbides sur le corps en santé ? On ne peut, à cet égard, que se livrer à des hypothèses, d'une ingéniosité plus ou moins factice, qui laisseront toujours place à la controverse. Toutes ces discussions, au surplus, sont du domaine de la pure théorie, dont le champ se trouve, dans le cadre qui nous est départi, des plus limités. Pour l'instant, contentons-nous des résultats de l'observation, quelque imparfaits soient-ils, sans en tirer autrement de conclusions.

Nous avons vu, dans un précédent article, le chien, « cet ami de l'homme », remplir, bien inconsciemment du reste, l'office de guérisseur, et sans payer patente, ce qui lui constitue au moins un avantage sur ses confrères humains. Croirait-on qu'il existe un village, dans la province du Schleswig-Holstein, où la municipalité a exempté de la taxe les chiens qui, « couchant dans les lits de leurs maîtres ou maîtresses, servent à les préserver de la goutte, des rhumatismes ou autres douleurs? » Heureux pays où les remèdes, si souvent meurtriers, dont nous faisons si volontiers usage contre l'affection qui fut l'apanage des plus

brillants esprits, sont proscrits et remplacés par de vulgaires toutous!

Mais le chien n'a pas seul le privilège de ces « cures sympathiques » qui devraient lui mériter, à défaut de bons traitements, au moins quelque reconnaissance. Il est un autre hôte de nos foyers, un familier de nos logis, qui, en échange de ses sacrifices, ne réclame que sa quotidienne pâtée. Le félin, que chanta Baudelaire et qui trouvait grâce devant le grand cardinal; qui dissipa la mélancolie de Pétrarque, et dérida l'orgueilleux Châteaubriand; que Jean-Jacques prit en goût parce que, farouche misanthrope, il avait pris l'humanité en dégoût: le chat, pour tout dire d'un mot, partage, avec le chien, l'honneur, immérité, de contribuer au soulagement de ceux qui trop souvent se font un cruel plaisir d'être ses bourreaux.

Il y a longtemps que les gens du peuple se nourrissent de cette illusion que la peau du chat, préparée comme on prépare celle du lièvre (car pour faire un civet, il faut un chat, en temps de disette ou de siège) est souveraine contre « les douleurs ». Mais comme les bonnes âmes trouvent de la cruauté à immoler une bête, dont la sociabilité est le moindre défaut, il en est qui se contentent de l'appliquer toute vivante sur le siège même du mal. Quelque étrange que cela paraisse, le *chat bassinoire* n'est pas une fiction, mais bien une réalité dont l'existence ne sera plus contestée, quand on aura lu cette observation communiquée à la *Société d'hygiène de Lausanne :*

« Un habitant de Lausanne, lisons-nous dans le *Journal des Campagnes* (1889, n° 52) qui emprunte les faits qu'il rapporte à un récent ouvrage sur l'hypnotisme, un habitant de Lausanne s'est rendu garant d'un fait personnel : il était à l'agonie, sous l'influence d'une fièvre aiguë : le médecin le considérait comme perdu. Son chat vient se coucher sur son corps : chassé, il revient à la charge pendant plusieurs

jours. La première station du chat avait amené une transpiration abondante, suivie d'une diminution de la fièvre. Pendant la seconde station, la transpiration devient excessive. Le malade guérit rapidement. Quant au chat sauveur, il disparut le lendemain, et on le trouva mort au fond du jardin, les poils hérissés et les membres contractés. On ne retira jamais à cette personne l'idée absolument tenace qu'elle avait été guérie par son chat.

Une garde-malade de Lausanne raconte qu'elle a guéri dernièrement une dame qui souffrait d'un rhumatisme au genou en lui faisant tenir un chat sur la région douloureuse. La douleur s'en alla et le chat mourut... »

Mais l'ancienne médecine avait des pratiques beaucoup plus barbares, que le progrès de la science a heureusement fait disparaître de nos mœurs : on était persuadé, par exemple, qu'il suffisait d'appliquer un chat fraîchement ouvert sur la poitrine d'un malade atteint de pleurésie ou d'une affection pulmonaire grave pour voir s'évanouir aussitôt tout danger. Combien il eût mieux valu, ainsi qu'on l'a judicieusement fait observer, appliquer sur le siège du mal un cataplasme émollient, d'une commodité supérieure, et d'une efficacité non moins sûre !...

Ce qui nous reste à dire tient plutôt de l'occultisme que de la médecine et ne peut être considéré que comme un chapitre détaché de l'histoire de la superstition, témoignage attristant de notre déchéance intellectuelle.

Se persuaderait-on, si on ne le lisait dans les traités les plus recommandables, que nos pères vantaient la graisse de chat *châtré* contre l'atrophie (1) et les coliques utérines (2) ; et la graisse de chat sauvage, appliquée sur l'ombilic, contre

---

(1) ETTMULLER, t. II, Lyon, 1690.
(2) SCHROEDER. *Zoologie*, ch. I, n° 15.

l'épilepsie, « pourvu qu'elle eût été prise sur un individu du même sexe que le malade (1)? » Le sang, tiré de la queue du même animal, donné à la dose de trois gouttes, dans une infusion de tilleul, jouissait, assurait-on, des mêmes propriétés.

La cervelle de chat ou de chatte entrait dans la composition d'un cataplasme usité pour les ulcérations de la gorge (2).

La tête d'un chat *noir*, réduite en cendres, était un excellent remède contre les taches, les taies et autres maladies des yeux : on devait en insuffler trois fois par jour dans l'œil atteint.

La *graisse de chat*, à qui le chimiste Lémery a accordé une place honorable dans sa *Pharmacopée*, se trouve inscrite dans la plupart des formulaires antiques. L'onguent de chat se préparait avec un petit chat nouveau-né, que l'on coupait par morceaux, et que l'on mettait dans un pot vernissé avec des vers de terre (3).

On a tenté, à l'aide des excréments du chat, de guérir la goutte et l'alopécie, mais c'est une de ces médications scatologiques qui n'ont pas tardé à tomber dans un trop légitime discrédit.

Ce qui peut paraître surprenant, c'est que des esprits pondérés, tel qu'Ambroise Paré, aient sacrifié aux préjugés de leur temps, tout comme le plus ignorant des gens du peuple. Ambroise Paré a consacré plusieurs pages au *venin du chat;* il ne craint pas de charger l'innoffensif animal de

---

(1) BRUNNER, cité par Ettmuller et Cloquet (*Faune des médecins*, t. IV).

(2) *Secrets d'Alexis le Piémontois*.

(3) *Pharmacopée de Lémery*, citée par A. Franklin, *Les médicaments*.

tous les méfaits, l'accusant d'empoisonner par l'haleine, d'empoisonner même par le regard! Un autre médecin royal, l'archiâtre Antoine Davin, n'eut pas de cesse qu'il n'ait fait chasser de Paris tous les chiens et tous les chats pendant la peste de 1628, sous prétexte qu'ils étaient des agents propagateurs de l'épidémie!

Cette opinion n'était pas déjà si déraisonnable. N'a-t-on pas, en effet, démontré récemment que la promiscuité des chats avec l'homme constituait pour celui-ci un danger réel, et qu'ils étaient, notamment par leur facilité à contracter la diphtérie, des agents de contamination contre lesquels il était bon de se tenir en défense? La *Société d'hygiène de Londres* a relaté deux cas qui ne laissent pas à cet égard le moindre doute : « Un chat fut en contact avec un enfant qui mourut de diphtérie; il tomba malade et fut soigné par quatre enfants; un d'eux fut atteint de diphtérie et une sérieuse enquête démontra qu'il fallait incriminer le chat comme agent de la contagion ».

Dans une autre observation, cinq enfants atteints de diphtérie jouent avec trois chats qui, tous trois, meurent, successivement : à l'autopsie, on reconnaît qu'ils étaient morts de la diphtérie.

Voilà qui n'est pas fait pour réhabiliter ces commensaux, si fréquemment parasites, qui abusent si volontiers de l'hospitalité que généreusement nous leur offrons.

Le chat et le chien nous ont longuement occupé dans ce travail sur une méthode thérapeutique, que nous nous garderions de vouloir faire revivre; nous glisserons plus légèrement sur les autres animaux tels que le cheval, la chèvre, le bœuf, etc., dont les produits ont été utilisés dans la médecine de nos pères.

Ce n'est pas ici le lieu de parler de l'exercice du cheval, *vulgo* l'équitation, dont les avantages ne sont plus à démon-

trer. Il serait non moins oiseux de s'étendre sur l'excellence de la viande de cheval au point de vue alimentaire. Rappelons seulement que chez les anciens Perses, au dire d'Hérodote, les gens riches faisaient servir sur leurs tables, le jour anniversaire de leur naissance, un bœuf, un âne, un chameau rôti, ou un *cheval :* c'est dire que « la plus noble conquête de l'homme » était considérée comme un mets de haut goût. Beaucoup de peuples sauvages en font, du reste, leur nourriture presque exclusive et l'on s'explique difficilement quel mobile put pousser le pape Grégoire III à interdire, sous peine de pénitence, la chair de ce solipède! Le sang du cheval a aussi trouvé des amateurs : Pline a parlé d'une coutume des anciens Sarmates, qui ouvraient la veine crurale de leurs chevaux et préparaient, avec le sang qu'ils en obtenaient et de la farine de millet, une sorte de bouillie qu'ils appréciaient fort.

De même les Ostiacks de la Sibérie asiatique, s'il faut s'en rapporter aux récits des voyageurs (1), regardent le sang du cheval tout chaud comme une boisson des plus délectables.

Homère, Virgile, Claudien, Sidoine Apollinaire ont signalé chez les peuples les plus divers une coutume analogue, sans en manifester une trop grande surprise, tellement la chose leur paraissait naturelle.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous faisons bonne justice de toutes ces perversions du goût et de la raison, mais, au temps de l'antiquité grecque ou romaine, on vivait et on se complaisait dans les épaisses ténèbres de l'ignorance. Il n'est pas bien certain, au surplus, que toutes ces absurdités n'aient pas trouvé crédit jusqu'à l'aurore de ce siècle, non pas seulement dans les classes inférieures mais auprès des gens qui se disent éclairés.

Ne voyons-nous pas recommandé, dans un ouvrage de la

(1) Hubner, cité par Huzard.

fin du dix-huitième siècle (1), le siècle de l'émancipation intellectuelle, les testicules du cheval comme un aphrodisiaque! (un ressouvenir évidemment de cette *médecine des signatures*, que nous exposerons peut-être un jour avec quelques détails, qui intéresseront au moins par leur singularité). Nous ne nous chargerons pas toutefois d'expliquer comment « ces organes, desséchés et coupés par tranches ou pulvérisés, administrés seuls ou en suspension dans des eaux distillées, comme celle de fleurs de lis, même avec du safran, du borax, des semences d'anis; » nous n'essaierons pas, disons-nous, d'expliquer comment « ils constituent un moyen efficace d'achever les accouchements difficiles, de hâter la sortie du délivre, de déterminer l'expulsion d'un fœtus mort dans l'utérus » ; (2) nous nous bornerons pareillement à noter qu'on a attribué les mêmes propriétés à la salive du cheval ; qu'on a conseillé les verrues de cet animal, ou plutôt les excroissances cornées qui poussent sur ses membres inférieurs, comme les plus efficaces contre l'hystérie, à condition de les porter en guise d'amulette (3). Ne serait-ce pas attacher plus d'importance qu'il ne convient à ces médications justement décriées que de les soumettre à la discussion ?

Dans la revue impartiale que nous avons entreprise, nous ne prétendons à rien autre qu'à faire œuvre d'historien impartial et consciencieux. C'est pourquoi nous rappellerons encore que les crins du cheval ont été préconisés contre la dysenterie; la cendre de ses dents, comme dentifrice; la vapeur de son sabot brûlé, contre l'hystérie; ses excréments soit crus, soit calcinés contre les hémorrha-

---

(1) *Suite de la matière médicale* de Geoffroy, t. V. p. 226; Paris, 1757, in-12.

(2) Cloquet, *loc. cit.* p. 79.

(3) Fourcroy, *L'art des médicaments.*

gies qu'on s'est servi (et nous nous abritons pour que nos lecteurs ne nous tiennent pas trop rigueur, derrière l'autorité d'un de nos illustres devanciers) (1) du jus exprimé de cette substance (*horresco referens!*) à l'état frais, contre la colique, en l'administrant dans de la bière, et en en faisant un sirop regardé comme souverain dans cette affection et comme spécifique dans les cas de pleurésie, sirop, du reste, connu autrefois, en quelques parties de l'Allemagne, sous le nom bizarre de *Sirop de Saint-Luther;* qu'on a préparé, avec ces mêmes excréments, des cataplasmes vantés comme résolutifs contre des maux de gorge, et aussi célèbres pour le moins, dans leur temps, que ceux de fiente d'hirondelles et d'*album græcum;* qu'ils ont joui de la plus grande réputation contre la strangurie et l'hystérie, en application extérieure sur l'hypogastre; qu'on a cru que la vapeur qui s'en élevait lorsqu'on les brûlait sur des charbons, étant dirigée dans le vagin, pouvait déterminer l'avortement, l'expulsion du placenta et la sortie du fœtus mort!

Nous comprendrions mieux qu'on ait fait servir aux usages thérapeutiques les concrétions trouvées dans l'estomac du cheval, concrétions connues sous le nom significatif d'*hippolithes*, et qui n'étaient, en réalité, que du carbonate de chaux.

Nous allions oublier de parler du lait de jument, avec lequel certains peuples du nord préparent une liqueur spiritueuse, connue sous le nom de *Kéfir*, et qui jouit, encore à l'heure actuelle, d'une vogue qui paraît méritée. Nous croyons inutile enfin de rappeler que le cheval fournit le sérum qui a déjà sauvé tant d'existences. Mais ceci n'est plus la thérapeutique d'hier, c'est presque, dirions-nous, la thérapeutique de demain....

---

(1) CLOQUET, précité.

On ne peut pas parler du cheval sans consacrer au moins quelques lignes à l'animal de la même famille, placé au-dessous de lui dans l'échelle des *mammifères solipèdes*. L'*âne* ne nous rend pas seulement des services en se prêtant à nos caprices équestres, mais il nous offre de véritables ressources au point de vue bromatologique et médical.

Sa chair, condamnée par Hippocrate, et proscrite par Galien — qui, pour une fois, ont donné tort au proverbe : *Aït Hippocrates, negat Galenus* — forme la base de ces célèbres saucissons de Bologne, universellement estimés ; et, de même que la viande de cheval, elle a servi, en temps de disette, à prolonger l'existence de bien des malheureux affamés. Mais nous ne mangeons plus de la chair d'âne, sans que nécessité, qui fait loi, nous y contraigne, comme pendant les sièges fameux de Vérone, en 1516, de Paris, en 1590 et 1871 ; pas plus que nous n'utilisons la graisse de cet animal, comme laxatif, ou son fiel, son sang, sa rate, etc., contre les divers maux qui nous assiègent.

« Quel serait actuellement, lisons-nous dans Cloquet, le charlatan assez éhonté, l'ignorant assez grossier pour se permettre de faire porter en bracelet, comme une amulette érotique, le testicule droit d'un âne ? » Voilà pourtant une des recettes de Pline qui, grâce à la fantasmagorie de son style merveilleux, nous a débité tant de sornettes...

Mais nous aurions encore matière à disserter sur quantité d'autres produits fournis jadis à la médecine par les mammifères ; nous croyons plus sage de nous limiter, ne serait-ce que pour ne pas courir le risque de lasser la patience de nos indulgents lecteurs.

CHIMIE MINÉRALE DES CORPS ORGANISÉS

Sol animal. Sol des arthritiques (nutrition retardante). Sol des tuberculeux. Amendements ou thérapeutique.

Par J. GAUBE (du Gers).

I

Nous savons, par l'étude que nous poursuivons du SOL ANIMAL (1), que chaque tissu possède une minéralisation propre, sur laquelle il vit et se renouvelle; nous savons que la matière azotée est tributaire de la matière minérale(2); c'est-à-dire qu'il est impossible de concevoir la matière azotée à son origine et dans ses développements successifs sans matière minérale.

L'analyse de l'urine, faite comme l'analyse d'une terre ordinaire (3), nous permet, et par le rapport des éléments qu'elle contient entre eux, et par la valeur pondérale de ces éléments, d'étudier la qualité du sol de l'homme et des animaux.

La chimie et la physiologie nous enseignent qu'un élément minéral employé par l'activité d'un élément cellulaire particulier est rare dans les urines et qu'il y apparaît plus abondant à mesure que s'arrête le travail cellulaire qui poserait sur cet élément minéral. Le chlore est rare dans

---

(1) Académie des sciences, mai 1892 (*Gazette médicale de Paris*, février 1893).

(2) *Sol de la poule domestique* (Congrès de Pau, 1892). — *Théorie minérale de l'évolution et de la nutrition de la cellule animale* in Académie de médecine, 1895).

(3) *Gazette médicale de Paris*, page 87, n° 8, 1893.

les urines pendant la digestion et abondant après le travail digestif ; la magnésie diminue pendant le travail cérébral et augmente dans les urines après l'effort intellectuel (1).

Lors donc qu'il existe dans les urines (2) un excès, en poids, d'un élément minéral quelconque, cela signifie que l'un des tissus ou l'une des humeurs se dépouillent. Lorsque l'un quelconque des éléments minéraux de l'urine fait constamment défaut, cela prouve que l'un des tissus ou l'une des humeurs sont ruinés, que la vie s'éteint quelque part (3). Tout comme dans un sol épuisé par une récolte florissante et répétée, ou lavé par d'abondantes pluies, il est indispensable alors de remplacer les éléments minéraux utilisés, entraînés par l'orage, c'est-à-dire par les diverses affections qui peuvent frapper l'homme ou l'animal.

Le *sol* de la plante, lui, est *extérieur ;* ses aliments sont élaborés par des infiniment petits, les actions météoriques, aidés par la main de l'homme. La nutrition de la plante peut être troublée par le manque de son aliment primordial, le *minéral* ; l'homme offre à la plante cet aliment de choix,

---

(1) A. Berlioz et E. Lepinois. Etudes sur les différentes combinaisons du chlore dans l'urine (*Archives de médecine expérimentale*, mars 1894). — J. Gaube (du Gers). Dominantes minérales des deux colonies cellulaires du cerveau (*Archives générales de médecine*, p. 284, septembre 1893).

(2) C'est une erreur, à notre avis, de croire que l'analyse de l'urine ne suffit pas pour établir la valeur et la qualité de la *nutrition ;* en effet, les exhalaisons pulmonaires, les fonctions cutanées, sont en rapport constant avec la qualité du liquide urinaire; la vérité, c'est que les analyses de l'urine sont encore fort grossières; nous avons la conviction de les avoir perfectionnées en dosant tous les éléments qu'elles contiennent et en établissant le rapport de ces éléments entre eux; en *démontrant l'importance capitale des éléments minéraux ;* et nous avons l'espoir de les voir devenir prochainement irréprochables dans l'état actuel de la science.

(3) Consulter : *Le minéral, noyau primordial de tout plastide* (paraîtra incessamment).

et la plante, sans efforts, reprend le cours de son existence.

L'homme, l'animal, sont obligés d'élaborer en eux-mêmes les aliments qui leur sont nécessaires, à l'aide de ferments fabriqués, pour la plupart, en eux-mêmes ; le sol de l'homme, de l'animal, est *intérieur*, endo-somatique, tandis que celui du végétal est peri-somatique, et l'animal, le végétal choisissent dans ce sol qui ne diffère que par les moyens d'élaboration (1), les aliments utiles à la multiplicité de leurs fonctions, connexe de la complexité de leur constitution.

Quelle doit être la qualité de ces ferments produits par un organisme malade, ce qui revient à dire, quelle que soit la cause du mal, par un organisme déminéralisé, ou mal minéralisé, car *l'auto-infection ne saurait exister dans un organisme normalement minéralisé, parce que toutes les actions cellulaires sont normales, et, l'infection provoquée, elle-même, ne saurait avoir de prise sur un être dont la minéralisation, c'est-à-dire les albumino-sels, serait incompatible avec l'agent infectieux ; je n'en veux pour preuve que les divers animaux qui servent de réactifs vivants dans nos laboratoires. Leur résistance varie avec chaque espèce, soit avec chaque minéralisation, avec chaque combinaison albumino-minérale.* Quelle doit être, demandons-nous, la qualité de ces ferments? Mauvaise, sans doute, et mauvaise aussi sera l'élaboration des aliments, défectueuse sera la nutrition.

La plante, l'animal, l'homme, se nourrissent du même aliment, d'azote minéralisé ; la plante, sous forme de

(1) M. Kyanizin, de Kieff, a fait, sur des petits animaux, une série de recherches qui tendent à démontrer que la vie serait impossible dans un air stérile avec des aliments stérilisés (*La Médecine moderne*, p. 427, n° 77, 1895).

nitrates, l'animal, l'homme, sous forme de matière minérale vivifiée, d'albuminates, de minéro-albuminates (1).

Nous pouvons minéraliser l'homme comme se minéralise la plante, par la périphérie, et lui fournir de cette manière l'aliment minéral indispensable, restituer ainsi aux ferments digestifs leurs moyens d'action (2), et par suite corriger et perfectionner la nutrition.

Il va de soi que pour appliquer à l'homme cette thérapeutique minérale il faut connaître la *minéralogie* de l'homme.

L'analyse, l'expérimentation nous démontrent que la plante ne peut vivre sans potasse, l'homme, l'animal ne peuvent vivre sans soude. De fait, c'est sur la potasse, sur la soude que se font toutes les réactions bio-chimiques de la nutrition ; ainsi s'explique d'une manière concrète l'action des sérums artificiels à base de soude employés jusqu'ici ; ils sont insuffisants, parce qu'ils ne sont que sodiques, comme nous le verrons plus loin.

Le calcium, le magnésium, le sodium, le potassium, le chlore, le phosphore, le soufre, le fer, le fluor, etc., entrent pour une large part dans la constitution de la minéralisation de l'homme et des animaux ; chacun de ces métaux est le centre d'une combinaison moléculaire d'une grande instabilité, faite de matière minérale et de matière azotée, combinaison jamais semblable à elle-même dans l'arrangement de ses molécules, puisque son pouvoir rotatoire varie d'un instant à l'autre ; cette instabilité provient des échanges incessants qui se font, selon les lois de la statique chimique, entre les sels divers auxquels la matière azotée, l'albumine, sert, pour ainsi parler, d'enveloppe, car elle paraît tour à tour chimiquement indifférente, basique ou

(1) Divers auteurs considèrent l'albumine comme un Nitrile de cellulose (Sterry-Hunt, Schutzenberger, etc.).

(2) J. Gaube (du Gers). *Le sol animal et les ferments* (Comptes rendus de la société de biologie, 10e série, t. II, n° 12, p. 236, 1895).

acide, sous la dépendance de la combinaison minérale dans laquelle elle est engagée.

L'élément minéral domine, en effet, l'élément organique, et le ferment qui doit nous donner de l'urée nous donnera un acide amidé, de l'ammoniaque, s'il naît d'une cellule mal minéralisée, s'il se trouve au contact d'une minéralisation impropre.

La qualité de tout ce qui vit dépend de la qualité de sa minéralisation.

II

Type normal moyen de l'urine, pour servir à l'étude de la minéralisation de l'homme :

Volume d'urine pour 24 heures...	1,400 cent. cubes.
Densité à + 15° centigrades......	1,020 —
Acidité rapportée à l'acide sulfurique monohydraté............	1gr,915
Eléments fixes à 100 degrés.......	51 grammes.
Matière organique...............	32gr,50
Matière minérale	18gr,50
Charbon.........................	6gr,11
Azote total......................	15gr,24

Matière organique.

Urée (azote de l'urée = 13gr,06)...	28 grammes.
Acide urique....................	0gr,58
Créatinine......................	0gr,62
Leucomaïnes	Traces.
Matières colorantes..............	Variables.
Corps ternaires réducteurs.......	Traces.
Acide oxalique...................	Néant.
Acide hippurique................	0gr,07

Matière minérale.

Acide phosphorique total	2gr,83
Acide phosphorique uni aux bases alcalines	1gr,30
Acide phosphorique uni à la chaux	0gr,88
Acide phosphorique uni à la magnésie	0gr,65
Acide sulfurique	2gr,75
Soufre total	0gr,90
Chlore	6gr,65
Chaux	0gr,35
Magnésie	0gr,168
Potasse	1gr,64
Soude	6 grammes.
Acide silicique	0gr,025
Fer	Très rare.
Fluor	Rarement caract.

Voilà, certes, des nombres fort petits; leur valeur et leurs rapports expriment, néanmoins, la *quantité* et la *qualité* du travail produit, pour me servir des expressions d'un savant urologiste (1), par une machine humaine en 24 heures.

Si nous appliquons ces petits nombres à un groupe humain important, comme la population parisienne, par exemple, nous serons étonnés de leur grandeur.

Le total moyen, pour une année, de la matière minérale et de l'azote urinaires des habitants de Paris (2,500,000), rapporté à 1,000 centimètres cubes d'urine, est, en nombres ronds, le suivant :

(1) R. Huguet. *Notes d'urologie*, page 19.

Matière minérale	1,688 tonnes.
Azote	1,390 2/3
Charbon	557 1/2
Phosphore	120 1/2
Soufre	89 1/2
Chlore	607 tonnes.
Chaux	32 —
Magnésie	15 1/4
Potasse	150 tonnes.
Soude	547 1/2

L'azote total reste toujours au-dessous de la somme de la matière minérale, à l'état normal ; plus l'azote total se rapproche du total de la matière minérale, plus l'homme se déminéralise et plus il périclite ; lorsque l'azote total devient supérieur à la matière minérale, la vie est plus que compromise ; nous le constaterons tout à l'heure.

III

Rapports des éléments du sol normal de l'homme entre eux. Rapports d'échange d'Albert Robin (1).

Rapport de l'acidité totale à l'acide phosphorique total	67.66
— de l'azote de l'urée à l'azote total ou rapport des oxydations azotées d'Alb. Robin.	85.68
— de l'acide urique à l'urée	1.071

(1) Albert Robin est, incontestablement, le fondateur de la *Science urologique;* ses travaux de *Chimie urologique* et *biologique* sont importants et nombreux. En établissant le *Coefficient d'oxydation des matières azotées* (1886) et les rapports d'échange des éléments urinaires, Albert Robin nous a fait pénétrer fort avant dans les secrets de la nutrition.

Rapport	des éléments organiques au total des éléments dissous	63.72
—	des éléments minéraux au total des éléments dissous	36.27
—	des éléments minéraux aux éléments organiques	56.92
—	de l'acide phosphorique total au chlore	42.55
—	de l'acide phosphorique à l'azote total	18.63
—	de l'acide phosphorique à l'urée	10.10
—	de l'acide urique à l'acide phosphorique	20.49
—	de l'acide phosphorique combiné à la chaux à l'acide phosphorique combiné aux alcalins	67.68
—	de l'acide phosphorique combiné à la magnésie à l'acide phosphorique combiné aux alcalins	50
—	de l'acide phosphorique combiné à la magnésie à l'acide phosphorique combiné à la chaux	73.86
—	de l'acide sulfurique à l'acide phosphorique	97.17
—	de l'acide sulfurique à l'urée	9.82
—	de l'acide urique à l'acide sulfurique	21.09
—	du soufre total à l'acide sulfurique	32.72
—	de l'acide sulfurique au chlore	41.35
—	du chlore à l'urée	23.75
—	de la chaux à l'urée	1.25
—	de la magnésie à l'urée	0.60
—	de la potasse à l'urée	5.85
—	de la soude à l'urée	21.42
—	de la potasse à la soude	27.33
—	de la chaux à la potasse	21.34
—	de la chaux à la soude	5.83
—	de la magnésie à la chaux	48
—	de la magnésie à la potasse	10.24
—	de la magnésie à la soude	2.80

Les échanges, selon la juste expression de M. Albert Robin, se font, à l'état normal, dans des rapports nettement circonscrits ; à l'état de maladie, à l'état de vice de la nutrition, il ne se fait plus d'échanges ; ce sont de véritables substitutions qui se produisent. Nous traduisons ces substitutions par le mot ROTATION qui nous paraît mieux indiquer le bouleversement qui caractérise les rapports des éléments du sol humain entre eux pendant l'état de maladie. Lorsque l'on voit, par exemple, le chlore descendre de 6 au-dessous de 2 et l'acide phosphorique monter jusqu'à 5 ou 6, il ne saurait plus être question d'échange ; la minéralisation se fait aux dépens des phosphates en l'absence des chlorures, jusqu'au moment où les chlorures revenant au taux normal, les phosphates redescendront jusqu'au voisinage de 3 ; c'est une ROTATION.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Luxations de l'épaule. Réduction par le « procédé du talon »

Par le Dr Albespy, de Rodez.

Attirer l'attention sur un procédé simple, d'application facile et toujours efficace, pour la réduction de toutes les espèces de luxations de l'épaule indistinctement me semble faire œuvre utile, sans sortir du programme du *Bulletin de thérapeutique*.

Le *procédé du talon* appliqué à la réduction des luxations de l'épaule est vieux comme Hippocrate, qui s'en servait, si l'on doit ajouter foi à son histoire. C'est peut-être à cette cause qu'est dû son abandon, car c'est à peine s'il en est fait mention dans les traités de chirurgie de date la plus

récente, et toujours sans le moindre renseignement technique sur son application. Il est vrai qu'il a été largement remplacé par d'autres procédés dont la manœuvre comporte autant de temps que la charge des vieux fusils de guerre. C'est plus scientifique, si l'on veut, ou tout au moins plus moderne, mais certainement plus compliqué et moins compréhensible. C'est là toutefois une injustice, car le *procédé du talon* peut se réclamer de titres nobiliaires aussi authentiques et aussi anciens que tout autre. Sans compter celle du Père de la Médecine, il a joui des faveurs des grands chirurgiens anciens tels que J.-L. Petit, Duvernay, Bertrandi, Paolo Cumano de Trieste, Kolp, Astley Cooper, etc., qui s'en servaient dans les cas les plus difficiles et lui donnaient avantageusement la préférence.

Nous sommes étonné qu'un procédé si simple, qui supprime à peu près tous les aides, soit tombé dans un si complet abandon. Serait-ce à cause de la position peu académique qu'est obligé de prendre le chirurgien dans son exécution; serait-ce la somme de fatigue ou de force qu'il paraît, à tort, exiger de celui-ci, ou bien encore la crainte des paralysies consécutives dues à la contusion du plexus brachial, qu'on lui a faussement attribuées, qu'il est tombé en quelque sorte dans l'oubli?

Quoi qu'il en soit, peu de docteurs de fraîche date et d'autres encore, passablement anciens, le connaissent à peine et se privent ainsi d'une manière très simple et très expéditive de réduire les luxations de l'épaule les plus difficiles, préférant recourir en ce cas à l'anesthésie, qui n'est certes pas sans danger pour le blessé; témoin le cas malheureux arrivé à l'un de nos maîtres les plus habiles, les plus estimés pour son savoir et très justement réputé pour sa grande prudence, lequel eut le déboire de perdre un malade dans le chloroforme, après avoir opéré la réduction d'une luxation de l'épaule.

Dans notre pratique, déjà longue, nous n'avons pas employé d'autre procédé que celui du talon dans les luxations de l'épaule chez les individus fortement musclés, ou dans les cas datant de plusieurs jours, et nous avons eu plusieurs fois la satisfaction de réduire avec facilité des luxations qui avaient résisté à l'emploi d'autres moyens et aux tractions les plus énergiques. Inutile de dire que tous les procédés dits de douceur suffisent dans les cas où l'on a affaire à des femmes ou à des gens débiles. Notre communication actuelle n'a pas d'autre but que de restituer au vieux procédé du talon la place qui lui appartien[illegible] de faire connaître la technique la meilleure de son application, avec les petites précautions qui nous ont été révélées par un usage très souvent répété. A cet effet, nous énumérons les objets qui nous sont nécessaires et notre façon d'agir.

Pour réduire une luxation de l'épaule, quelle que soit sa nature ou la position de la tête de l'humérus, nous nous procurons les objets suivants : une *couverture de laine* ou un *mince matelas*, une *serviette fine* ou un *mouchoir solide*, une *cordelette très solide*, de 2 mètres environ, une *ficelle*, un *corps gras* (cérat, vaseline, beurre ou axonge), en tout six choses.

Le bras du blessé est entouré au-dessus des condyles de l'humérus de la serviette roulée sur elle-même, après avoir placé la corde entre elle et le bras ; la ficelle sert à serrer fortement les deux chefs de ce premier lien qui ne doit pas se relâcher. Cela fait, on étend par terre ou sur une table suffisamment grande le matelas ou la couverture sur laquelle se couche le patient en position dorsale et les jambes écartées.

Après tous ces préliminaires, nous mettons à nu celui de nos pieds correspondant au côté de la luxation, le droit s'il s'agit de l'épaule droite, le gauche s'il s'agit de l'épaule gauche, et nous enduisons la partie externe et le dessous

du talon avec le corps gras. Alors, nous nous asseyons entre les jambes écartées du blessé et nous passons autour de notre dos, en bandoulière, la corde, assez courte pour nous permettre de disposer de toute la force de nos reins. Celle-ci, une fois arrêtée par un nœud inextensible, nous prenons des deux mains l'avant-bras coudé à angle droit, que nous écartons de manière à pouvoir glisser notre talon le plus loin possible dans la direction de l'aisselle. A ce moment, il suffit de détendre lentement l'arc que forme notre corps, en nous renversant en arrière, pour développer facilement la force nécessaire pour faire pénétrer notre talon au haut du creux de l'aisselle, pendant que la tête de l'humérus, abaissée, vient prendre position sur la face interne du talon. Un simple mouvement de torsion du pied en dehors suffit alors pour rejeter la tête de l'os dans la cavité glénoïde, surtout si un aide, placé de l'autre côté du blessé, favorise cette bascule en attirant à ce moment l'avant-bras à lui. La réduction est annoncée par un léger choc de la tête de l'os et, le plus souvent, par la reproduction complète du moignon de l'épaule. Nous devons faire observer qu'il est indispensable qu'une personne placée derrière la tête du blessé l'empêche de se relever au moment de l'opération.

Deux aides seulement sont utiles, mais non tout à fait indispensables : celui qui empêche le blessé de se relever en se tenant derrière sa tête, et celui qui, se tenant au côté opposé du corps, attire à lui le bras au moment de la coaptation et vient ici simplement en aide au chirurgien dans ce mouvement de bascule.

Notre communication laisserait à désirer, si nous omettions l'explication, le pourquoi de nos petits préparatifs :

1° Il est toujours malaisé d'opérer sur un lit ordinaire, mieux vaut un plan dur et horizontal ;

2° La traction opérée sur la corde, en portant en arrière

son buste, permet au chirurgien de disposer de ses deux mains pour la coaptation et d'éviter toute fatigue réelle;

3° Il est bon de graisser le talon en dehors et en dessus pour en faciliter le glissement le long de la paroi thoracique et éviter les plis de la peau qui ne manquent pas de se produire sous la pression latérale du talon;

4° Il est important que la serviette ou le mouchoir qui entoure le bas du bras ne se distende pas au moment de la traction sur la corde. On remédie à cela en l'étreignant fortement avec une ficelle au lieu de l'arrêter par un nœud;

5° L'aide placé à la tête est indispensable; sans lui, le patient, en relevant la partie supérieure du corps, déplace l'omoplate et rend, par cela même, la réduction très problématique ;

6° Enfin, si le chirurgien, au lieu de prendre position entre les jambes du blessé dont il assure ainsi la position, se place à côté (comme il est prescrit dans certains livres), il arrive qu'au moment de l'extension, celui-ci écarte le corps en dehors et, dans ce cas, la réduction est impossible.

Les avantages du procédé en question sont donc : *suppression d'aides sérieux*, *rapide exécution*, *réduction facile*, application aux *cas les plus difficiles*, grâce à la force énorme dont peut disposer l'opérateur en détendant l'arc que forme son buste opérant à l'extrémité d'un levier du premier genre qui est l'humérus, dont la tête forme la résistance et le talon le point d'appui.

Comme il n'y a pas de règle sans exception, il peut arriver, quoique très rarement, que, par suite de malconformation, l'épaule du blessé soit plus éloignée de la cage thoracique qu'en l'état ordinaire, auquel cas le talon peut n'être pas assez volumineux pour permettre la coaptation. En cette circonstance, on remplace le talon par un écheveau de laine de grosseur convenable, qu'on pousse dans l'aisselle avec le pied.

Ce renouveau d'un des plus vieux procédés de la réduction de la luxation scapulo-humérale connus s'adresse aux jeunes confrères qui débutent dans la pratique de la chirurgie, spécialement à ceux qui exercent dans la campagne, n'ayant généralement pour se tirer des mauvais cas que leur intelligence et leur initiative.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS (1)

Chirurgie générale.

Le traitement chirurgical des tumeurs de l'encéphale (A. Chipault, *Gaz. des hôp. Par.*, 14 décembre 1895, n° 445, 1411-1417). — Les méthodes opératoires employées contre les tumeurs intra-craniennes peuvent se diviser en deux grands groupes : méthodes décompressives ou palliatives et méthodes exérétiques ou radicales. Les premières ont pour but de remédier à l'excès de pression encéphalique produit par la tumeur; deux méthodes : 1° soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien, soit par la voie vertébrale au moyen de la ponction du cul-de-sac arachnoïdien lombaire, soit par la voie cranienne au moyen de la ponction des ventricules latéraux par la fontanelle antérieure, ou au moyen du drainage de ces ventricules précédé de trépanation temporale; 2° résection d'une étendue notable de la voûte cranienne pour donner de l'espace à l'encéphale mis à l'étroit par un néoplasme.

Les secondes méthodes ont pour idéal l'ablation totale du néoplasme encéphalique. Ces opérations doivent se faire en

---

(1) La Revue est faite par les soins de l'Institut international de bibliographie, dirigé par le Dr Marcel Baudoin.

deux séances : 1° résection osseuse large ; 2° agrandissement de la boite osseuse et ablation du néoplasme ; nécessairement le procédé subira différentes modifications suivant qu'on aura affaire à une tumeur supradurale, encéphaliques superficielles et encéphaliques profondes. On aura toujours soin de traumatiser le moins possible le tissu cérébral et de ne le mettre en contact qu'avec des antiseptiques faibles.

Des nouvelles méthodes de traitement de l'hypertrophie de la prostate (castration, ligature, alimentation). (Englisch, *Bull. méd. Par.*, 25 décembre 1895, [illegible] 103, 1.189.) — Dans l'hypertrophie de la prostate on a cherché à agir d'une façon indirecte. On a d'abord eu recours à la ligature de l'artère iliaque interne, puis on a pratiqué des opérations sur le testicule par suite de la relation intime existant entre cet organe et la prostate. En l'absence des testicules, la prostate présente une atrophie très marquée (eunuques, sujets ayant subi la castration). Il y a lieu de considérer ces altérations secondaires de l'appareil urinaire par suite de l'intervention ; le plus souvent on a constaté une très grande amélioration des troubles fonctionnels de l'appareil urinaire.

Médecine générale

De quelques actions réflexes à distances, provoquées par le froid et utilisées en hydrothérapie (Bottey, *Poitou Méd.*, mai 1895). — Les actions réflexes à distance produites par le froid sont très nombreuses. Elles aboutissent à des effets soit vaso-dilatateurs, soit vaso-constricteurs. Exemples : Une application d'eau très froide, de très courte durée, sur le front et sur la nuque, dilate les vaisseaux du cerveau. Prolongée, elle les contracte. L'eau froide à la nuque agit sur les organes de la respiration. L'immersion prolongée des mains dans l'eau froide combat l'hypérémie cérébrale et fait contracter les vaisseaux de la pituitaire. Une application froide sur les seins

fait contracter les vaisseaux de l'utérus. La douche lombaire froide à pression modérée et d'une durée de 15 à 40 secondes produit un spasme des vaisseaux de l'utérus ; très percutante et très courte, elle provoque la dilatation des vaisseaux utérins. Le bain de pieds froid augmente la sécrétion de l'urine. Le froid appliqué sur la partie inférieure du sternum augmente la fonction urinaire. Une douche froide présternale assez prolongée peut combattre les congestions rénales fréquentes chez les alcooliques et les paludéens. La douche froide hépatique à percussion modérée, produira une constriction des vaisseaux sanguins du foie et aura des effets résolutifs. Dans certaines formes d'hypertrophie on stimulera la circulation par une douche très percutante et très courte.

Action des sels de cadmium et de zinc sur le sang (Athanasiu et Langlois, *Soc. de Biol.*, 9 novembre 1895). — Les deux auteurs ont, par la méthode de Hamburger, étudié les variations du pouvoir isotonique du sang de chien intoxiqué par le cadmium. Les sels de cadmium favorisent la dialyse avec une activité beaucoup plus grande que les sels de zinc. De plus, sous l'influence du cadmium, le globule sanguin, ou tout au moins l'hémoglobine, subit une transformation partielle. L'examen microscopique révèle une altération morphologique des globules. Enfin, en dosant la sérumglobuline dans le sérum du sang cadmisé soit *in vivo*, soit *in vitro*, toujours il a été trouvé une augmentation de cette dernière.

Influence du système nerveux sur l'action anticoagulante des injections intravasculaires de peptone chez les chiens (Ch. Contejean, *Soc. de biol.*, Paris, 16 novembre 1895). — L'auteur, dans des expériences antérieures, avait démontré que, sous l'influence des injections intraveineuses de peptone, il se produit dans l'organisme du chien une substance qui rend le sang incoagulable. Dans ce phénomène c'est l'action du foie qui prédomine. Une lésion quelconque de l'axe cérébro-spinal n'entrave que très peu l'action des injections de

peptone. Il n'en est pas de même des ganglions cœliaques. La dissection des organes du hile du foie, la ligature de la veine porte du cholédoque et de quelques lymphatiques, la section des splanchniques dans le thorax ou l'abdomen, la section des nerfs vagues sont sans effet. L'intégrité des nerfs du foie à partir des ganglions cœliaques est donc suffisante et nécessaire pour que la sécrétion de la substance anticoagulante soit déterminée par l'injection intra-veineuse de peptone.

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Traitement mécanique de la pleurésie (Kemper (E.), *Soc. méd. chirurgicale de Saint-Pétersbourg*, 1895). — Voici en quoi consiste le procédé de M. Kemper : Le malade est couché sur un canapé, sur le côté sain sous lequel est passé un oreiller dur, la main correspondante restant sous l'oreiller et la tête reposant sur lui, les jambes sont un peu fléchies, la main correspondante au côté malade est rejetée en arrière et le plus haut possible. De cette manière le côté sain se trouve porter tout le poids du corps, tandis que le côté malade est dans les meilleures conditions pour l'inspiration. Le malade fait pendant quelque temps 16 à 20 inspirations profondes par minute pendant que le médecin lui masse les muscles intercostaux ; on commence ensuite la gymnastique respiratoire qui a pour but de faire arriver l'inspiration surtout vers le lobe pulmonaire comprimé. On y arrive en appuyant la main sur le flanc de bas en haut et l'autre main sur le thorax au niveau de l'aisselle. On peut joindre à la pression du thorax des mouvements oscillatoires petits et rapides qui favorisent la résorption et calment la douleur. Si les adhérences des feuillets pleuraux sont très peu extensibles on peut recourir au procédé suivant : On fait faire au malade une inspiration profonde, le médecin comprime fortement la région malade empêchant ainsi la dilatation de la cage thoracique ;

au moment du maximum de la respiration on enlève brusquement la main, le thorax fait un mouvement d'extension brusque et l'adhérence se déchire.

Il est inutile d'ajouter que ces procédés ont leur contre-indication et que c'est au médecin à juger de leur application.

Traitement des hémoptysies de la coqueluche. (Baratiers, *Méd. mod. Par.*, 5 octobre 1895, n° 80, 446). — L'auteur applique au traitement de ces accidents le bromoforme en inhalations. Comme moyen thérapeutique, l'alcool bromoformé au 1/1000° a été employé avec succès. C'est un anti-bacillaire énergique et un anesthésique actif. Ces inhalations ont eu pour résultat l'arrêt de l'hémorrhagie et, par la suite, l'arrêt de l'évolution de la coqueluche. Sur 11 cas, il y a eu 9 guérisons. On verse dans une assiette un verre de la solution préalablement chauffée à 50° environ, l'enfant aspire les vapeurs qui s'en dégagent pendant cinq à six minutes; on les pratique toutes les deux heures pendant deux jours.

Il est également bon de faire vaporiser cette solution dans la chambre du malade, tant à cause de lui-même que pour éviter la contagion possible pour les autres enfants.

Sérothérapie.

Sérum anticancéreux dans le cancer de l'estomac (Kefer-stein, *Allgemiene medic. cent.-zeit Berlin*, n° 82, 12 octobre 1895, 973-974). — L'auteur a employé deux fois, poussé par ses malades, le sérum de Scholl et Emmerisch; la première fois sur un paysan aisé, de 53 ans, atteint de cancer à l'estomac depuis un an environ. Après une injection de 30 grammes, la tumeur et les douleurs demeurèrent les mêmes et il fallut revenir au traitement symptomatique. La deuxième fois, sur une paysanne riche, de 68 ans, atteinte de cancer du pylore. Une injection de 30 grammes de sérum demeura sans résultat;

pas de diminution de la tumeur, l'état général resta le même, c'est-à-dire mauvais. La malade se plaignit que ces injections lui faisaient mal.

Les 30 grammes furent administrés en une semaine : le 1er jour, 1 c. c.; le 2e, 2 à 3; le 3e, 3 à 6; le 4e, 4 à 10; le 5e, 10 à 15.

En résumé, l'emploi de ce sérum n'a donné aucun résultat.

De la sérothérapie dans le traitement du cancer (Héricourt et Charles Richet, *Bulletin Académie des Sciences*, n° 17, 21 octobre 1895). — D'après les observations recueillies sur une cinquantaine de malades on peut, avec une certaine prévision, connaître les effets du traitement par les injections de sérum :

1° Diminution des douleurs;

2° Amélioration des ulcérations;

3° Diminution de volume des tumeurs;

4° L'évolution de la maladie est retardée ;

5° L'état général s'améliore dans les quatre cinquièmes des cas; il y a quelques cas où aucune amélioration n'a été notée.

Les injections de sérum sont inoffensives, il peut y avoir des éruptions. Dans quatre cas, il y a eu des accidents syncopaux rapidement dissipés.

Conclusion : Si le traitement sérothérapique n'est pas encore apte à guérir radicalement les néoplasmes, il les améliore rapidement.

Principe actif de l'extrait thyroïdien. (Froenkel, *Bull. méd. Par.*, 27 novembre 1895, n° 95, 1.091). — Après différentes opérations chimiques, l'auteur a extrait du corps tyrhoïde une substance à l'état d'acétate, ayant pour formule $C^7H^{11}Az^3O^5$, elle contient 36,64 0/0 de C; 5,56 0/0 d'H ; 20,5 0/0 d'Az et environ 37,3 0/0 d'O ; ce corps semble dérivé des guanidines.

Injecté dans la veine jugulaire, il provoque les symptômes

du thyroïdisme. Chez des animaux thyreïdectomisés, ces injections ont arrêté les spasmes. C'est pourquoi, l'auteur propese d'appeler ce produit thyréoantitoxine. Il pense avoir découvert le principe actif du corps thyroïde qui serait un corps chimiquement défini, exactement dosable, facile à administrer et permettant d'éviter certains insuccès de la méthode thyroïdienne.

De la préparation du sérum anticancéreux provenant d'animaux ayant subi l'infection érysipélococcique (H. Schell, *Deutche medicinische Wochenschrift*, Leipzig, 14 novembre 1895, 46, 759-761). — Tandis que, pour les divers sérums, on commence avec des doses infiniment petites, dans la méthode de Scholl on commence avec des quantités passablement grandes, mais on n'arrive qu'à une gradation très faible, parce que, chez les animaux, il n'y a presque pas d'immunité contre l'érysipèle. On n'emploie qu'uno culture jeune, riche en bactéries de croissanco intensive, parce qu'il n'est pas pessible, avec les preduits de l'assimilation seuls, d'obtenir un ben sérum. Les animaux ne sont pas immunisés au sens ordinaire du mot; on cherche plutôt à preduire un precessus chronique de maladie. Il est peu impertant que les cultures pessèdent le plus haut degré de virulence, mais il imperte beauceup qu'elles aient la virulence convenable, ce qui est difficile pour l'érysipèle. Cette méthodo permet d'emmagasiner aussi loin qu'il est pessible la substance active dans l'organisme, tandis que les texines sent éliminées très rapidement. Tels sont les principes de cette méthode.

L'Administrateur-Gérant: O. DOIN.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 128.2.96.

HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

SIXIÈME LEÇON

Traitement des dyspepsies,

Par M. Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

A. — Hypersthénie gastrique aiguë.

(*Suite*)

Je rappelle que l'hypersthénie gastrique aiguë peut, d'après son origine, être divisée en trois variétés, qui feront l'objet de la présente leçon :

I. — Dyspepsie hypersthénique aiguë, à forme paroxystique, *d'origine névrosique*. Elle est sous la dépendance de troubles nerveux dynamiques, c'est-à-dire sans lésion.

II. — Dyspepsie hypersthénique, à forme paroxystique ou intermittente, *d'origine nerveuse centrale*. Cette espèce se rapproche, en certains points, de la précédente, mais elle en diffère par la présence d'une lésion du système nerveux central.

III. — Dyspepsie hypersthénique paroxystique, *d'origine gastrique* ou *réflexe*. Cette dernière est de beaucoup la plus importante : elle commence ordinairement le cycle pathologique qui débute par des accès de troubles fonctionnels pour aboutir à la gastrite avec lésion, en passant par le catarrhe gastrique.

I

Hypersthénie aigue paroxystique d'origine névrosique

Ce type est bien connu ; Rossbach l'a décrit le premier sous le nom de *gastroxynsis*.

Symptômes. — La personnalité morbide de cette forme est nettement établie par la clinique. Sa caractéristique est que la cause des crises est toujours d'ordre cérébral ou cérébro-spinal et n'est jamais d'origine alimentaire.

On la rencontre particulièrement chez des sujets très jeunes, de 16 à 25 ans, arthritiques et nerveux; c'est essentiellement une maladie de l'adolescence.

La crise survient brusquement, après un trouble moral ou une fatigue intellectuelle; elle débute par une de ces pseudo-migraines que j'ai décrites dans ma dernière leçon. En même temps, le malade éprouve une sensation intense de pyrosis. La céphalalgie augmente, accompagnée ou non d'éructations plus ou moins abondantes; des vomissements se déclarent, vomissements de plus en plus acides et extrêmement pénibles; souvent l'accès se termine par une véritable crampe de l'estomac, violemment irrité par l'excès d'acidité du suc gastrique. Une fois l'accès passé, le malade, très fatigué, s'endort et n'éprouve au réveil aucun trouble gastrique, caractère important à noter, car il suffit pour distinguer ces crises paroxystiques de celles qui surviennent sous la forme périodique et de celles, nombreuses, que l'on observe si souvent au cours des hypersthénies chroniques.

Traitement. — Ces manifestations aiguës d'hypersthénie, dont les répétitions sont plus ou moins fréquentes, ne peuvent malheureusement pas être arrêtées. On pourrait assurément en atténuer la violence, et une intervention peut même devenir nécessaire quand les douleurs sont insupportables; on emploie alors les calmants, mais il faut bien savoir que les médicaments ont toujours plus ou moins d'inconvénients; il est donc préférable assurément de procéder, quand on le peut, par expectation, et d'établir ensuite un traitement prophylactique.

Celui-ci consiste surtout en moyens hygiéniques, car la première indication est de faire disparaître les causes. Pour cela, on forcera le malade à un repos intellectuel absolu; on ordonnera le grand air, l'exercice à la campagne, le séjour des montagnes si le sujet est très excitable, ou des bords de la mer, dans le Midi ou en Bretagne suivant la saison, si, au contraire, le malade a besoin d'une certaine stimulation. Toutes ces précautions hygiéniques, fort simples, valent mieux que des médicaments et même qu'un régime trop sévère, car, comme je l'ai dit, ces accès n'ont vraiment pas une origine alimentaire, et quels que soient les aliments choisis par le malade, les accès se produiront toutes les fois que des causes morales exerceront leur influence : dans ces conditions, aucun régime ne sera capable d'en avoir raison, et il en sera, bien entendu, de même pour toute médication, qui, loin d'avoir une action favorable, ne pourrait, au contraire, manquer d'être nocive.

II

Hypersthénie aigue paroxystique d'origine centrale

Etiologie. — Ces dyspepsies sont toujours symptomatiques de maladies du système nerveux : hystérie, tabes et paralysie générale. Le diagnostic en est très important, parce qu'il permet souvent d'éclairer une situation embarrassante et de remonter à la notion inconnue de la cause. Les phénomènes ressemblent beaucoup à ceux du type précédent, mais on les rencontre chez des sujets plus âgés, ce qui rend la confusion moins facile.

Symptômes. — Tandis que, dans la forme suivante, nous verrons la crise se produire après les repas et se présenter

en réalité comme une sorte d'indigestion, ici la crise a lieu à jeun; de plus, la céphalalgie est nulle, ou du moins, si elle se manifeste, c'est d'une façon inconstante et très accessoire. Le pyrosis est au maximum, le malaise considérable et les vomissements sont toujours hyperacides; le pouls est petit, le ventre rétracté. Cet ensemble est caractéristique par l'imprévu et la violence des manifestations; aussi, chaque fois qu'on se trouve en présence de troubles gastriques aussi insolites, il est plus logique de suspecter une lésion nerveuse grave, lors même que des signes plus directs manqueraient encore.

Le caractère distinctif de ces manifestations d'origine nerveuse, c'est, on le voit, une hyperchlorhydrie intense; cependant quelques auteurs ont décrit ces troubles comme susceptibles de présenter une grande irrégularité et ils font même de cette irrégularité un moyen de diagnostic. C'est ainsi que M. Huchard apportait dernièrement à la Société de thérapeutique l'observation d'un tabétique qui présentait alternativement des accidents dus à l'hyperchlorhydrie ou à l'hypochlorhydrie. Je crois que dans des cas semblables il faut tenir compte de la manière dont se présentent les réactions gastriques; l'accès débute certainement par une excitation fonctionnelle intense, mais cette excitation peut naturellement être suivie, par épuisement de l'organe, d'une période au cours de laquelle la sécrétion de l'acide se trouve diminuée ou même supprimée; il suffit donc de signaler ces détails pour expliquer des symptômes en apparence contradictoires.

Traitement. — Comme on le pense, le traitement de crises d'origine aussi sérieuse est presque impossible, car il faudrait pouvoir agir sur le système nerveux central. C'est donc sur la cause elle-même, c'est-à-dire sur l'hystérie ou le tabes qu'il faut frapper. Je ne parle bien

entendu pas de la paralysie générale contre laquelle nous sommes malheureusement désarmés. Toutes les fois que l'on aura pu obtenir un amendement des phénomènes nerveux, on aura en même temps exercé une action prophylactique heureuse sur les crises gastriques.

Quant à l'accès lui-même, je ne connais pas de moyen de l'arrêter. Le médecin peut seulement calmer la douleur et l'intolérance gastrique par les procédés ordinaires, que nous trouverons tout à l'heure; mais je considère comme absolument inutile d'instituer un régime quelconque.

M. Huchard, dans la communication à laquelle je faisais allusion tout à l'heure, parle de l'intolérance de ce genre de malades pour le lait et conseille au contraire d'autoriser une alimentation par les œufs et les purées ou même la viande. Pour moi, je crois que si le lait est bien administré, c'est-à-dire donné en petites quantités à la fois, il sera aussi bien toléré que les autres aliments, mais je suis surtout convaincu que l'intolérance signalée est toute apparente et qu'elle se produit seulement lors des paroxysmes, à un moment où aucun aliment ne serait digéré. Une fois l'accès passé, au contraire, toute alimentation pourra être bien supportée par les malades sans qu'il soit véritablement nécessaire d'instituer un régime.

III. — Hypersthénie aigue paroxystique d'origine gastrique ou réflexe.

Jusqu'ici, les troubles gastriques étudiés ont une origine extra-stomacale et par suite la thérapeutique est des plus restreinte dans son action; mais nous abordons, à présent, un terrain plus favorable pour le médecin. En effet, cette troisième variété de dyspepsie commence la série des troubles de l'estomac qui, lorsqu'ils sont prolongés trop longtemps,

peuvent amener la gastrite chronique. Ils doivent donc être intelligemment traités sous peine de voir s'aggraver progressivement et rapidement l'état du malade. Le praticien doit être bien convaincu qu'à cet état de troubles seulement fonctionnels, la dyspepsie est encore parfaitement curable; mais plus tard, c'est-à-dire quand les phénomènes hypersthéniques de paroxystiques deviennent permanents, les résultats deviennent beaucoup plus problématiques, quoique encore, pour mon compte personnel, je sois moins porté que certains à poser un pronostic tout à fait sombre, l'expérience m'ayant fréquemment démontré que le traitement arrive souvent à triompher de la maladie toutes les fois que la lésion anatomique ne s'est pas encore produite.

Je reconnais deux formes dans cette variété de dyspepsie : dans le premier cas, les accès sont d'origine alimentaire et les crises sont plus ou moins fréquentes, mais toujours de faible durée; dans le second cas, les crises sont d'origine alimentaire ou réflexe d'ordre variable et alors elles sont périodiques et elles durent plus longtemps. On remarquera que la seconde forme n'est, en réalité, qu'une aggravation de la première, mais comme les symptômes sont différents, il est important de faire la distinction.

Étiologie et Symptômes. — On rencontre la dyspepsie paroxystique d'origine gastrique ou réflexe, chez les gros mangeurs, c'est-à-dire chez toutes les personnes qui ont un appétit supérieur à leur capacité digestive, chez les gens affligés ou trop préoccupés par de graves affaires. Chez tous ces malades, le moindre écart de régime provoque une excitation exagérée de la fonction digestive; l'acide chlorhydrique est produit en quantité supérieure aux besoins, et surtout, cette sécrétion persiste après la digestion. Ce caractère doit être retenu, car il est patho-

gnomonique de la première forme : *l'augmentation du taux de l'acide a pour point de départ l'ingestion des aliments et survit à la digestion de ceux-ci.*

Il résulte de cette prolongation de l'excitation physiologique une situation normale du malade, tant que la masse alimentaire est en transformation; mais, aussitôt que la digestion se trouve terminée, c'est-à-dire tardivement, au bout de trois, de quatre ou même de cinq heures, suivant l'énergie du travail gastrique, il se manifeste du pyrosis, de la pesanteur, en même temps que le pouls s'accélère et que des poussées de chaleur montent au visage. Si les phénomènes prennent une certaine intensité, on peut aussi voir se produire une crise d'éructations plus ou moins accentuée, mais ce symptôme manque ordinairement et lorsqu'on est appelé à le constater, il est l'indice d'un trouble fonctionnel déjà prononcé. Ces divers symptômes ont une durée de deux ou trois heures, puis, tout rentre dans l'ordre pour recommencer à intervalles variables.

Comme dans les variétés précédentes, lorsque la crise hyperchlorhydrique est très violente, l'estomac finit par devenir intolérant et la scène se juge par un ou plusieurs vomissements alimentaires, *sans nausées;* c'est une sorte de régurgitation de matières tellement acides que le vomissement laisse une véritable impression corrosive dans la bouche.

Dans la seconde forme, qui est une exagération de la précédente, les crises se produisent régulièrement après chaque repas pendant une période de plusieurs jours consécutifs, d'où le nom de *périodique* qui lui est attribuée par moi. C'est en somme une tendance déjà sensible à la chronicité.

Les phénomènes pathologiques sont les mêmes que dans le cas précédent; mais, au point de vue chimique, l'examen montre que *la survivance de la sécrétion chlorhydrique se*

continue dans les intervalles des repas et que l'acidité du suc gastrique dans l'état de vacuité se constate d'une façon régulière.

En résumé, la première forme, ou type intermittent, se distingue de la forme périodique en ce que l'acide chlorhydrique ne se rencontre dans l'estomac que pendant quelques heures, au plus, après la digestion, tandis que le suc gastrique est acide, même à jeun, dans le second cas qui, naturellement offre un pronostic plus sérieux.

Traitement. — Je ne parlerai pas aujourd'hui du régime, c'est là un point qui se trouve commun avec l'hypersthénie permanente ; il y aura donc avantage à traiter la question dans son ensemble, et pour cela, j'attendrai d'avoir développé les considérations relatives à l'hypersthénie chronique ; je me limiterai pour le moment, aux indications purement médicamenteuses.

La thérapeutique des accès gastriques à forme hypersthénique a donné lieu à une quantité infinie de publications ; on en aurait pour longtemps à citer seulement, sans même vouloir les discuter, tous les traitements proposés par les nombreux auteurs qui ont écrit sur la matière. Or, comme ce serait là une œuvre sans intérêt, je ne m'y attacherai pas ; je dirai seulement ce qu'il ne faut pas faire et ce qui doit être fait. Voyons d'abord les prescriptions à éviter.

Si l'on ouvre les traités publiés dans le courant des dix dernières années, on verra que dans la plupart des traitements proposés contre les accidents provoqués par les dyspepsies, l'*antisepsie interne* joue un rôle prépondérant. C'était fatal, car cette méthode est le contre-coup naturel de l'acceptation des idées de Pasteur. Toute théorie a des inconvénients, et il était logique de voir les beaux travaux de l'école pastorienne entraîner des abus, par une mau-

vaise interprétation de faits exacts. J'aurai lieu de revenir plus à propos sur cette question, lors des leçons que je ferai sur la thérapeutique des maladies infectieuses ; je dirai seulement, aujourd'hui, que je me suis toujours élevé contre l'emploi des antiseptiques dans le traitement des maladies gastriques ; j'ai d'abord été l'un des rares opposants aux modes nouvelles, mais j'ai la satisfaction de me rencontrer aujourd'hui avec le plus grand nombre des thérapeutistes ; dernièrement, M. Bardet a soulevé fort à propos sur ce sujet une discussion à la Société de thérapeutique, et le résultat acquis aux trois séances consacrées à la discussion de l'antisepsie interne, c'est que la méthode a certainement fait faillite dans le traitement des dyspepsies, et nous verrons plus tard qu'elle n'a pas eu plus de succès dans les maladies infectieuses. Par conséquent, les antiseptiques, naphtol, salol, etc., doivent être impitoyablement rayés de la liste des médicaments appliqués au traitement des dyspepsies hypersthéniques. Non seulement, le résultat obtenu ne saurait être favorable, mais encore, surtout lorsque les doses sont, comme il est logique de le faire, portées assez haut pour être vraiment actives, elles entravent immédiatement l'action des ferments solubles et ne font, par conséquent, qu'ajouter un nouveau trouble aux manifestations fonctionnelles dont souffre déjà le malade. J'ai donc le droit de dire que l'usage des antiseptiques est impuissant contre les troubles de fermentation si les doses sont faibles et qu'il devient nocif quand la dose est vraiment active.

Après la médication antiseptique, il en est une autre qui est employée couramment contre les crises aiguës d'hypersthénie, je veux parler de l'administration du *bicarbonate de soude*. C'est une habitude tellement entrée dans la pratique d'ordonner le bicarbonate de soude, pour saturer les acides libres du suc gastrique, et ce procédé paraît d'ail-

leurs tellement logique, qu'il sera certainement difficile de faire revenir le plus grand nombre des médecins sur cette coutume, que j'ai cependant la prétention de présenter comme une des plus néfastes de celles qui ont été utilisées contre les maladies de l'estomac. J'ai, en effet, contre moi la coutume et les affirmations de médecins connus et écoutés. M. Huchard, entre autres, qui s'est longuement occupé du traitement des maladies gastriques, a été jusqu'à conseiller l'emploi de doses massives, de doses énormes de bicarbonate de soude dans les crises hyperchlorhydriques des hypersthéniques ; il est allé jusqu'à 20 et 30 grammes en quelques heures.

Je veux bien qu'au cours d'un accès, on donne au malade une petite quantité de bicarbonate de soude, parce que ce sel permet d'obtenir, presque instantanément, la neutralisation de l'acide qui sursature, à ce moment même, le suc gastrique, mais ce moyen doit être provisoire et il faut ensuite employer un autre médicament pour saturer, non pas l'acide existant, mais celui que l'on sait devoir se produire peu après. C'est, qu'en effet, le bicarbonate de soude a pour propriété de se transformer en chlorure de sodium dans l'estomac, or, c'est justement aux dépens de ce chlorure que se fabrique l'acide libre du suc gastrique ; c'est là, un fait aujourd'hui démontré ; alors, donner du bicarbonate de soude à un malade hyperchlorhydrique, c'est tout simplement lui fournir les éléments nécessaires à l'élaboration de nouvelles quantités de cet acide, qui est la cause fondamentale de la crise dont il souffre.

Ce rôle du bicarbonate de soude est à présent rigoureusement démontré, ce qui ne veut pas dire qu'il ne soit pas discuté. Un médecin qui s'est beaucoup occupé des maladies de l'estomac et qui jouit, à juste titre, d'une réelle autorité, Reichmann, a dernièrement voulu prouver que la théorie que je viens de développer était fausse, il a, pour

cela, institué des expériences pour critiquer les belles recherches de Lemoine et de Linossier. Ce dernier, s'appuyant sur les expériences mêmes de Reichmann en même temps que sur les siennes propres, a publié dans le dernier numéro du *Bulletin de thérapeutique*, une réponse que je considère comme péremptoire, et il ne fait pas de doute pour moi que, pour augmenter l'acidité du suc gastrique, il n'est pas de meilleur procédé que d'administrer du bicarbonate de soude. C'est donc un autre médicament qu'il faudra employer pour saturer l'acidité dont souffrent si cruellement les malades, au moment de leurs crises hypersthéniques.

Occupons-nous maintenant des moyens thérapeutiques à recommander : tout d'abord, y a-t-il, une fois la crise établie, un procédé thérapeutique qui puisse arrêter ses manifestations ? Je suis malheureusement obligé de répondre négativement. Aucun calmant, opiacés ou belladone, n'est capable de juger l'accès. Tout ce que l'on peut faire, c'est de diminuer les douleurs, d'endormir le malaise, mais la crise marche toujours jusqu'à ce que la digestion du repas soit terminée, par vomissements ou par le passage des aliments dans le duodénum.

Naturellement, la première indication est de supprimer la condition de la crise, c'est-à-dire l'excès d'acidité du suc gastrique. Pour obtenir ce résultat, je choisis la *chaux* ou mieux encore la *magnésie*, car il ne faut pas oublier que par suite de ce que j'appelle le balancement normal de fonction, à toute hyperfonction gastrique correspond une parésie intestinale, d'où constipation chez les hyperchlorhydriques ; or les sels de magnésie, et particulièrement le chlorure de magnésium, sont d'excellents laxatifs ; il y a donc un réel avantage à donner de la magnésie pour saturer le suc gastrique. De plus cet agent, comme l'ont montré Laborde et Aguilhon de Sarran, est un excitant des fibres

lisses; il a donc l'avantage d'exciter les contractions musculaires de l'estomac. Voici la formule que je prescris le plus souvent :

Magnésie calcinée.................	$1^{gr},50$
Sous-nitrate de bismuth............	$0^{gr},20$ à $0^{gr},60$
Chlorhydrate de morphine........ .	$0^{gr},001$ à $0^{gr},002$
Bicarbonate de soude..............	1 gramme
Lactose...........................	$0^{gr},50$

Pour un paquet à prendre en une seule fois dans un peu d'eau au moment de l'accès.

Je prescris la *magnésie calcinée* parce que c'est le médicament qui se trouve dans toutes les pharmacies, mais Bardet a conseillé de lui préférer la *magnésie hydratée*, plus active et plus lourde sous le même volume. Le *sous-nitrate de bismuth* joue ici le rôle de poudre inerte qui tapisse la muqueuse et empêche le contact direct de l'acide en excès. Je répète que le *bicarbonate de soude* entre dans ma formule seulement pour saturer instantanément l'acide; quant à la *lactose*, je l'ajoute aux autres éléments de ma formule dans le but d'empêcher la masse de durcir.

Voilà pour le traitement de la crise elle-même; mais il est évident que c'est surtout une médication prophylactique qu'il faut instituer. Pour cela le malade devra être mis à une *diète* sévère dont, comme je l'ai dit, le régime sera tracé au cours de la prochaine leçon. Cependant à titre d'indication particulière, je noterai que pour obtenir la diminution de l'acidité du suc gastrique, laquelle a toujours tendance à devenir chronique, il peut être bon chez ces malades de conseiller des boissons abondantes, mais bien entendu sous forme de boissons non alcooliques, thé léger ou camomille par exemple; il y a même avantage à ce que

le malade boive chaud plutôt que froid. En outre, il doit se mettre autant que possible à l'abri de toute émotion morale ou physique trop vive; ces malades, il ne faut pas l'oublier, sont tous des nerveux, chez lesquels la moindre surexcitation provoque une réaction gastrique intense; aussi ne doit-on pas négliger ces petits côtés, qui ont souvent une importance plus grande qu'on ne se l'imagine volontiers. Les sujets notoirement excitables feront bien de se ménager au point de vue du coït, surtout quand ils ont dépassé la jeunesse, car il arrive fort souvent qu'un excès génésique, c'est-à-dire le coït pratiqué en dehors d'un besoin physiologique véritable, est une provocation directe à la crise hypersthénique.

L'intestin demande aussi à être surveillé de très près pour éviter avec le plus grand soin la constipation, celle-ci pouvant à elle seule déterminer un accès d'hyperchlorhydrie. Les arthritiques craindront le froid, car un refroidissement peut amener un arrêt dans la fonction de la peau, ce qui provoque une réaction viscérale dangereuse; ils porteront donc des vêtements très chauds et emploieront les moyens hygiéniques capables d'exciter les fonctions cutanées.

Enfin, il est un point sur lequel je voudrais appeler l'attention du médecin, c'est l'opportunité d'un *traitement hydrothérapique*. Les douches, en effet, peuvent rendre les plus grands services, mais c'est là une arme à deux tranchants, car suivant la manière dont elle est administrée, la douche peut être sédative ou excitante. Or dans les cas qui nous occupent, l'excitation aurait les plus sérieux inconvénients. Il ne suffit donc pas de prescrire l'hydrothérapie pour s'imaginer avoir rempli toutes les indications thérapeutiques. Il est au contraire nécessaire de bien préciser comment la douche doit être administrée, sinon mieux vaudrait s'abstenir.

Voici comment le traitement hydrothérapique doit être institué, pour que l'on puisse être sûr de produire de bons effets : le principe est de supprimer toute percussion et d'associer l'eau chaude à l'eau froide. Le doucheur, ayant en même temps, à sa disposition de l'eau à 26° ou 30°, d'une part et d'autre part de l'eau à 12° ou 15°, commence par faire agir un jet brisé, de haut en bas sur le dos puis sur les jambes du malade; celui-ci se retourne alors et la même opération est pratiquée, mais avec encore plus de douceur, sur la partie antérieure du corps, y compris la région stomacale. Ce premier temps doit durer 40 secondes.

On passe ensuite à l'eau froide, mais alors avec une pomme d'arrosoir et en tournant celle-ci, pour supprimer complètement la percussion. La malade doit être enveloppé comme dans un nuage d'eau froide sur tout le corps, très rapidement. Enfin, pour finir, le doucheur pratique brusquement, sur les pieds exclusivement, une douche percutante instantanée.

Pratiquée de cette manière, l'hydrothérapie peut faire le plus grand bien aux dyspeptiques hypersthéniques et amener la guérison des accès; mais je le répète encore, on n'obtiendra ces excellents résultats qu'à la condition expresse de pouvoir disposer des moyens qui viennent d'être indiqués. Au cas où on ne les aurait pas à sa disposition, il faudrait bien se garder d'ordonner l'hydrothérapie et il vaudrait mieux se contenter de recommander au malade les affusions chaudes à l'éponge, pratiquées au tub. Ce moyen très simple peut encore produire de bons effets chez les arthritiques.

REVUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical des maladies du foie et des voies biliaires.

Par le Dr A. Bolognesi

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de la Faculté de médecine.

(Deuxième article)

Traitement des kystes hydatiques du foie.

Le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie comprend dans son histoire deux périodes bien différentes.

La première comprend les méthodes anciennes qui remontent à 1825, époque à laquelle Récamier, par la méthode de la cautérisation évacuatrice rendit un grand service à la thérapeutique des parasites du foie.

Elle a trait aux différents procédés de lenteur, qui sont aujourd'hui tombés dans le domaine de l'oubli ; nous les passerons rapidement en revue.

La deuxième période, ou période des méthodes récentes, procédés vraiment chirurgicaux, remonte à 1871, époque à laquelle Lindemann, s'inspirant de la méthode de Stromeyer-Little pour les abcès du foie, pratiqua pour la première fois la méthode qui porte son nom.

Depuis, de nouveaux procédés se sont montrés et nous décrirons ces méthodes récentes avec un peu plus de détail. Nous laissons complètement de côté, pour l'instant, les méthodes de ponctions simples, capillaires, évacuatrices, évacuatrices avec lavages antiseptiques de la poche qui appartiennent au domaine médical et que nous retrouverons plus tard dans un article portant sur le traitement

médical des affections du foie. Nous commencerons donc le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie par les méthodes anciennes qui appartiennent aux procédés dits de lenteur.

Procédé de Récamier ou *Procédé des caustiques.* — Ce procédé fut employé par Récamier en 1825. Nous en avons déjà parlé dans le traitement des abcès du foie. Il fut modifié par quelques chirurgiens. C'est ainsi que Dolbeau, n'attendant pas l'ouverture du kyste par le caustique, incisait crucialement l'eschare au bistouri. Richet employait le chlorure de zinc et sans attendre l'ouverture spontanée, ponctionnait le kyste à travers l'eschare à l'aide d'un bistouri.

Procédé de Tillaux. — En 1881, le professeur Tillaux employait encore la méthode du caustique modifiée ; il incisait la paroi abdominale au bistouri et pénétrait dans le kyste à travers le péritoine à l'aide d'une flèche de canquoin : au bout de 3 ou 4 jours, le kyste était ouvert.

Ces méthodes sont aujourd'hui complètement abandonnées, de même que la suivante attribuée à Bégin et employée primitivement en 1830 par Récamier.

Procédé de Récamier-Bégin ou de l'incision en deux temps. — C'est l'incision en deux temps que nous avons décrite à propos des abcès du foie : incision jusqu'au péritoine, puis pansement ; au bout de quelques jours, des adhérences s'étant produites on incisait le kyste.

Le procédé de Récamier-Bégin fut modifié et rajeuni en 1877 par Wolkmann qui employa l'antisepsie ; nous reviendrons tout à l'heure sur le procédé de Wolkmann.

Dans l'intervalle de temps qui sépare la méthode des caustiques et la méthode de Wolkmann d'autres procédés chirurgicaux ont joui d'une certaine réputation.

Méthode de la double ponction au trocart courbe de Boinet. — Boinet procédait de la façon suivante : A l'aide

MÉDICAMENTS APPROUVÉS

Par L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Pilules de Vallet, au sous-carbonate de fer inaltérable. Les *véritables* pilules de Vallet sont blanches, et sur chacune d'elles la signature Vallet est imprimée en noir.

Indications : anémie, chlorose. Dose : 2 à 6 par jour. Prix : 3 fr. le flacon, 1 fr. 50 le demi-flacon.

Perles du Dr Clertan, à l'éther, à l'essence de térébenthine, à la valériane, à l'assa-fœtida, au castoreum, à l'apiol, à tous les sels de quinine, sulfate, bisulfate, bromhydrate, chlorydrate, lactate, salicylate, valérianate, etc., de quinine, à l'hypnone, au santal, au *gaïacol alpha (cristallisé synthétique)*, à la *créosote alpha synthétique titrée*, au terpinol, à l'eucalyptol, à la créosote iodoformée, au gaïacol iodoformé, à la créosote gaïacolée et iodoformée, au goudron créosoté, etc. Les perles de Clertan ne se vendent qu'en flacons de 40 perles pour la créosote et le santal, de 30 pour les autres sortes. Comme garantie d'origine, chaque flacon porte la signature du Dr Clertan. D'une manière générale, les perles du Dr Clertan contiennent cinq gouttes de médicament liquide ou dix centigrammes de médicament solide. Dose moyenne : 2 à 4 par jour.

Poudres purgatives de Rogé. Chaque flacon contient 50 gr. de citrate de magnésie pur pour préparer soi-même une limonade purgative, agréable, efficace et particulièrement recommandable aux personnes âgées, aux dames, aux enfants; la poudre de Rogé est d'un usage très commode à la campagne, car elle se conserve indéfiniment; les limonades ordinaires, au contraire, sont longues à préparer et très altérables. Pour l'emploi, verser le contenu du flacon dans une demi-bouteille d'eau, laisser en contact pendant quelques heures, ou mieux du soir au matin; boucher la bouteille si l'on désire avoir une limonade gazeuse. Prix : 2 fr. le flacon.

Ces divers produits spécialisés se vendent dans toutes les pharmacies avec une instruction pour l'usage. Tous ces médicaments sont la propriété de la maison L. Frere, A. Champigny et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris. Médailles d'or aux expositions universelles de Paris, Melbourne, Sydney, Philadelphie, Amsterdam.

d'un gros trocart courbe il entrait dans la poche kystique et ressortait son trocart par une autre ouverture située à 5 ou 6 millimètres de la première. Utilisant les adhérences formées au niveau des deux orifices, Boinet sectionnait le pont intermédiaire et arrivait ainsi à une large ouverture.

Procédé de Simon d'Heidelberg. — C'est une modification du procédé de Boinet. Simon enfonçait deux trocarts fins à quelques centimètres l'un de l'autre et incisait le pont intermédiaire.

Procédé de Kuster. — Kuster se sert d'un gros trocart courbe comme Boinet ; puis, au bout de quelques jours, il passe par les deux orifices du trocart un lien élastique qui sectionne le pont intermédiaire.

Procédé de Verneuil. — Verneuil combinait les procédés de Boinet et de Simon d'Heidelberg. Il enfonçait dans le kyste un gros trocart et, par ce trocart, un gros tube en caoutchouc était introduit dans la cavité kystique et servait à l'évacuation et aux lavages antiseptiques.

Pour permettre aux injections de sortir plus facilement il ajoutait deux trocarts puis deux tubes et, au besoin, faisait l'incision du pont intermédiaire.

Procédé de Hirschberg ou méthode des canules à demeure multiples. Hirschberg fait des ponctions multiples à la surface du kyste pour étendre les adhérences et faciliter l'ouverture.

Nous retrouvons là, dans tous ces procédés, abandonnés aujourd'hui, le même but recherché que pour les abcès du foie : la production d'adhérences dont on se moque actuellement avec les progrès de la chirurgie ; tous ces procédés sont des procédés de lenteur et ne sont plus de mise aujourd'hui de même que l'incision en deux temps et le procédé de Récamier désigné par les Allemands sous le nom de procédé de Wolkmann. Cette méthode jouit cependant encore en Allemagne d'une grande faveur et nous allons en

indiquer la description telle que l'a faite M. Beaudoin dans son excellent article du *Progrès médical* de 1887.

Procédé de Wolkmann. — Manuel opératoire : Cette opération comprend deux temps ; incision de la paroi abdominale puis incision des parois du kyste ; ils s'exécutent en une huitaine de jours d'intervalle.

Premier temps : Anesthésie et précautions antiseptiques ordinaires. L'incision de la paroi abdominale est faite au point où le kyste fait la saillie la plus notable et dirigée parallèlement aux cartilages des fausses côtes ; elle présentera une longueur de 6 à 9 centimètres. On incise successivement au bistouri, et non pas au thermocautère, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles sous-jacents et leurs aponévroses jusqu'au péritoine pariétal en écartant les fibres musculaires à la sonde cannelée en assurant, chemin faisant, l'hémostase par des ligatures au catgut ordinaire. Quand la plaie est bien exsangue, on fend avec des ciseaux le feuillet pariétal du péritoine dans toute l'étendue de l'incision ; généralement on aperçoit à cet instant les parois du kyste qui vient s'engager dans la plaie cutanée. Quelquefois de l'épiploon et des anses intestinales peuvent venir s'y présenter ; on doit s'efforcer de les maintenir à distance.

A ce moment on procède au pansement. Les précautions antiseptiques prises, on remplit la plaie de tampons de gaze iodoformée ou phéniquée. Par dessus, pansement antiseptique habituel. On a soin de placer un bandage de flanelle assez serré pour limiter autant que possible les mouvements du foie en immobilisant la base du thorax. Cette immobilité favorise la production des adhérences entres les parois du kyste et la paroi abdominale sectionnée, ce que l'on cherche, et il se fait au bout de huit à dix jours une zone de fausses membranes à la surface correspondante ou externe de la poche kystique.

Deuxième temps : Pas d'anesthésie, car l'incision du kyste

est indolore alors même qu'il y aurait du tissu hépatique à traverser pour atteindre la tumeur.

On enlève le pansement (certains chirurgiens le renouvellent plus ou moins souvent pendant les huit ou dix jours précédents) on lave avec soin la plaie avec des solutions antiseptiques et on incise au bistouri la paroi kystique ; s'il y a du tissu hépatique à sectionner, on emploie le thermocautère. Immédiatement le kyste se vide mais plus ou moins complètement suivant l'état de son contenu. On essaie de le nettoyer aussi bien que possible avec des lavages à l'acide salicylique et enfin on place un drain volumineux dans cette cavité qui parfois est très grande. On remplit la plaie de gaze iodoformée puis on applique un pansement antiseptique. Pansement consécutif tous les deux jours au moins, quelquefois tous les jours. On doit renouveler le pansement et faire des irrigations dans la cavité. On se règle sur ce qui est resté dans le kyste et sur les modifications qui s'y produisent. La cavité diminue progressivement mais assez lentement. La plaie abdominale se rétrécit de plus en plus à mesure que la paroi kystique revient sur elle-même, il reste, en fin de compte, une fistule qui guérit en plusieurs mois quand le kyste a complètement disparu.

Le procédé de l'incision en deux temps de Wolkmann, bien qu'il ait donné d'excellents résultats et qu'il marque un progrès très sensible sur les méthodes anciennes, est aujourd'hui presque abandonné et doit, à cause de sa lenteur, céder le pas aux méthodes nouvelles ou procédés de l'incision en un seul temps, étendue, qui permet de voir ce qu'on fait et de créer une large voie évacuatrice.

L'incision en un seul temps comme pour les abcès du foie doit être, pour les kystes hydatiques, la véritable méthode de choix grâce aux progrès de la chirurgie moderne.

MÉTHODES CHIRURGICALES NOUVELLES. — *Incision directe en un seul temps* ou *Procédé de Lindemann-Landau.* — L'incision directe en un seul temps fut faite par Lindemann qui, le premier, en 1871, adopta de propos délibéré la méthode des larges ouvertures, la section de l'abdomen et du kyste en un seul temps. En 1876, Sanger opéra d'une façon analogue et en 1880, Landau proposa un certain nombre de modifications importantes, qui firent associer son nom à celui de Lindemann dans la dénomination du procédé.

En 1880, Lawson Tait pratiqua aussi cette opération et contribua beaucoup à sa propagation. Quatre cas de guérisons publiés par lui, en 1882, firent adopter cette méthode. La première opération, faite en France, fut pratiquée par Terrier, en 1885. Dans les années qui suivirent, de nombreuses publications, en France celles de L. Championnière, Richelot, Trélat, Bouilly, Monod, Poulet, Braine, Reclus, M. Beaudouin, Segond, Campenon, Potherat, etc., etc., vinrent montrer les succès rapides de ces nouveaux procédés. Nous empruntons à la thèse de Potherat, le manuel opératoire du procédé de Lindemann-Landau, tel qu'on le pratique habituellement chez nous, aujourd'hui.

MANUEL OPÉRATOIRE. — C'est celui de la laparotomie antérieure. Asepsie, dans sa plus grande rigueur, du malade, du chirurgien et des instruments. Incision des différents plans de la paroi abdominale jusqu'au péritoine pariétal exclusivement. Hémostase et lavages de la plaie. Incision aux ciseaux du feuillet séreux péritonéal dans toute l'étendue de la plaie, avec les précautions habituelles. Introduction dans la poche d'un trocart de moyen calibre, adapté à l'appareil aspirateur employé pour les kystes de l'ovaire. On évacuera complètement la poche, si le kyste est uniloculaire, plus ou moins incomplètement, si le kyste est rempli de vésicules filles. La poche moins tendue peut alors être

plissée ; une pince à kyste est appliquée sur l'orifice du trocart qu'on retire.

Cette pince permet, par des tractions très douces, pour éviter la rupture des parois souvent très friables, d'attirer la poche à l'extérieur, hors de l'incision abdominale et de la maintenir par des pinces, ce qui permet de l'ouvrir facilement sans que son contenu puisse pénétrer dans la cavité abdominale qu'on protégera d'ailleurs très soigneusement pendant toutes ces manœuvres. La poche ainsi ouverte très largement est évacuée, puis lavée très soigneusement et très abondamment avec une solution antiseptique : *Biodure* Trélat, *Phéniquée* Segond, *Sublimé* Bouilly.

Ensuite, les parois du kyste sont suturées à toute l'épaisseur des lèvres de la paroi abdominale, soie, catgut ou crin de Florence, avec de la soie plate de préférence, afin de réduire au minimum les chances de déchirure (Segond).

On fait ainsi une suture en collerette ou en bourse de cuir. On lave ensuite très soigneusement l'intérieur de la poche kystique, de façon à l'évacuer aussi complètement que possible, puis on l'éponge. Bouilly fait un attouchement superficiel avec le chlorure de zinc au $1/50^{me}$.

On place ensuite un ou deux drains accolés l'un à l'autre et plongeant jusqu'au fond de la cavité, puis on remplit la poche avec des lanières de gaze iodoformée, on fait un pansement antiseptique au salol ou à l'iodoforme et à la gaze salolée ou iodoformée et on termine le pansement par du coton hydrophile et un bandage de flanelle assez fortement serré pour immobiliser le tout.

Repos du malade au lit et opium pour immobiliser l'intestin.

Les *suites opératoires* sont fort simples.

Le premier pansement est laissé en place cinq à sept jours à moins de douleurs et surtout de fièvre.

Il est remplacé par un second pansement analogue après

lavage préalable de la poche. Déjà, au second pansement, la poche est considérablement revenue sur elle-même. Si le kyste n'était pas suppuré, la poche se parchemine et s'exfolie. Si le kyste était suppuré, on voit survenir de la suppuration sans grande gravité si l'écoulement se fait bien.

On a signalé au premier pansement une odeur fécaloïde du contenu du kyste dont on ne s'inquiétera pas, en général.

Lorsque la membrane hydatique est éliminée, la guérison s'achève par un processus de cicatrisation.

Les accidents post-opératoires sont ceux que nous avons signalés pour les abcès du foie; ils nous sont déjà connus; la cholerrhagie, la carie costale et les fistules; nous n'y reviendrons pas, n'ayant rien à ajouter.

Telle est, dans ses grandes lignes, la méthode de Lindemann-Landau pour l'incision des kystes hydatiques proéminents dans la cavité abdominale.

Elle peut se résumer ainsi :

Incision de la paroi abdominale; évacuation du kyste par ponction; incision du kyste et sutures des lèvres de l'incision kystique aux bords de la plaie abdominale.

Mais cette méthode doit être plus ou moins modifiée suivant la situation du kyste.

Potherat, dans sa thèse, divise les kystes hydatiques du foie en quatre variétés :

Antero-inférieurs et postero-inférieurs;

Antero-supérieurs et postero-supérieurs.

Nous suivrons cette division.

1° *Kystes antero-inférieurs.* — Assez fréquents, ce sont ces kystes qui simulent les kystes de l'ovaire et c'est pour une erreur de diagnostic semblable que Terrier pratiqua, le premier en France, en 1885, l'opération de Lindemann-Landau. La méthode de choix est, en effet, pour cette variété, la laparotomie antérieure avec incision verticale

et d'après le manuel opératoire que nous venons d'indiquer. L'incision sera médiane le plus souvent, le kyste volumineux débordant ordinairement la ligne médiane. Mais on peut, dans certains cas, lui préférer avec avantage l'incision verticale latérale, si le point culminant de la tumeur kystique est latéral. Arrivé sur le kyste, plusieurs cas peuvent se présenter :

α Le kyste est pédiculé et sans adhérence.

On fait l'incision comme pour un kyste de l'ovaire. La poche est évacuée et attirée au dehors ; le pédicule est sectionné et fixé à la paroi abdominale (Segond).

β Le kyste est pédiculé, mais entouré d'adhérences.

Dans un cas semblable, L. Championnière libéra les adhérences, atteignit le pédicule, le sectionna et enleva le kyste en totalité.

γ Le kyste n'est pas pédiculé ; il est plus ou moins sessile avec ou sans adhérences.

S'il y a des adhérences, c'est le manuel opératoire que nous avons décrit plus haut. Il n'y a pas d'adhérences et il est possible d'attirer une partie de la poche à l'extérieur.

Faut-il réséquer (*kystectomie*) ou non une portion de la poche ? Les avis sont partagés. La résection ne hâte pas la guérison (Reclus-Poulet).

Segond recommande d'amener le fond le plus près possible de l'ouverture abdominale, afin qu'il n'y ait pas de parties déclives et que les liquides ne stagnent pas.

La résection peut rapprocher le fond de l'ouverture abdominale, mais il faut craindre, si la paroi de la poche est friable, la déchirure des sutures et la communication avec l'abdomen.

Il vaut mieux, dans un cas de friabilité, ne pas faire la résection, ou dans tous les cas, faire les sutures avec de la soie plate et rechercher les points les moins friables.

Segond a mis en usage un procédé qui, sans résection, a

permis d'amener le fond de la poche près de l'ouverture abdominale. Il y avait un diverticulum inférieur très déclive. Segond a saisi ce diverticulum, l'a pincé au fond, l'a amené vers l'extérieur, créant ainsi une sorte de grand éperon qu'il a maintenu grâce à des sutures le traversant de part en part.

Si, au cours de l'opération, le kyste se déchire et si son contenu se vide dans l'abdomen, on ouvre largement et on fait un lavage péritonéal avec de grands torrents d'eau bouillie (Bouilly).

2° *Kystes postéro-inférieurs.* — Cette variété est très rare, Ces kystes font ordinairement saillie vers la fosse lombaire. Pris souvent pour des kystes antérieurs quand ils sont volumineux, on a fait pour eux la laparotomie antérieure. Mais la voie lombaire paraît mieux indiquée ; elle est plus rapide, plus facile et favorise mieux l'évacuation de la poche. On n'a pas à se préoccuper du péritoine et le drainage est fait au lieu d'élection (Villaret-Segond).

On passe alors en dehors de la masse sacro-lombaire, à travers le carré des lombes ; la voie à parcourir seule diffère ; la conduite à tenir ne diffère pas de celle à suivre pour les kystes antéro-inférieurs.

Kystes antéro-supérieurs. — Ces kystes se développent vers la paroi antérieure de l'abdomen et font, le plus souvent, saillie au niveau de l'épigastre, quelquefois au niveau du rebord costal droit, plus rarement du gauche.

Leur traitement de choix est la voie transpéritonéale, l'incision directe de Lindemann-Landau, qu'on combinera suivant les circonstances avec l'incision plus ou moins étendue des parois kystiques.

S'ils soulèvent l'épigastre, on fera la laparotomie médiane verticale sus-ombilicale.

S'ils sont latéraux, on incisera sur le point culminant parallèlement au rebord costal à deux ou trois travers de

doigt de ce rebord pour faciliter et ne pas gêner le drainage.

La paroi abdominale incisée, deux cas peuvent se présenter : le kyste est développé et inclus en totalité dans l'intérieur du viscère ou bien il proémine partiellement hors du foie, vers la face inférieure ou supérieure.

Donc, deux sous-variétés : kystes partiellement inclus, kystes totalement inclus dans le foie.

Le kyste est partiellement inclus ; sa partie libre est en rapport avec la paroi abdominale et le traitement n'a rien de spécial.

Le kyste est totalement inclus ; il est alors recouvert par une lame de tissu hépatique d'épaisseur variable qu'il faut traverser. Le thermocautère qu'on a proposé à cause de l'hémorrhagie est inutile, car l'hémorrhagie est facile à arrêter et le tissu hépatique se cicatrise bien (Tilmann).

On fera donc l'hépatotomie au bistouri.

On commencera d'abord par faire une ponction avec le trocart qui, laissé en place, servira de guide pour arriver jusqu'à la cavité kystique et l'ouvrir. Mais avant de pratiquer l'ouverture, on aura soin de fixer le foie avec un fil passé à travers la capsule de Glisson (Segond), ou bien à l'aide d'une série de points de suture comprenant la capsule de Glisson d'une part, le pourtour de l'incision abdominale d'autre part (Campenon) ; on évitera ainsi l'oscillation du foie sous l'influence des mouvements respiratoires et l'irruption dans l'abdomen.

La poche ouverte, évacuée et drainée, on fixe, comme dans les abcès intra-hépatiques, les bords de la poche avec le tissu hépatique, à la paroi abdominale (Reclus-Lawson, Tait). Il peut encore se présenter deux autres conditions : le kyste partiellement inclus proémine vers la face inférieure et est recouvert par une languette hépatique appartenant au bord antéro-inférieur : on fait l'hépatotomie, on

pénètre dans la poche, on l'évacue, on en résèque une partie ainsi qu'une partie du tissu hépatique situé au devant (Lawson Tait.-Segond).

Le kyste est inclus. Faut-il faire l'énucléation?

Elle a été faite une fois avec succès par Pozzi. Malgré ce cas, elle est rejetée par les chirurgiens à cause des dangers, des hémorrhagies et des difficultés de l'opération.

4° *Kystes postéro-supérieurs* ou *sous-diaphragmatiques*. — Ces kystes sont accessibles par deux voies : la voie abdominale et la voie pleurale.

Ils proéminent vers le thorax en soulevant le diaphragme vers la paroi thoracique inférieure, situés qu'ils sont, à la face convexe du foie, près du bord postérieur de cet organe. S'ils proéminent en même temps vers le rebord costal en avant, ou vers la région épigastrique, la voie abdominale, la laparotomie antérieure est possible (Bouilly, Landau). S'ils sont plus profondément développés, la méthode de Lannelongue, résection du rebord costal, leur est applicable comme pour les abcès du foie (Canniot). Nous avons décrit cette méthode dans l'article précédent.

Mais, le plus souvent, il faut les attaquer par la partie postérieure et on aura recours dans ce cas à la voie transpleurale ou transpleuropéritonéale, à la méthode d'Israël (de Berlin) que nous n'avons fait que signaler à propos des abcès du foie, son histoire appartient à celle des kystes hydatiques du foie. Comme nous l'avons vu pour les abcès du foie, Israël fit son opération en deux temps à huit jours d'intervalle.

Genzmer de Halle fit le premier l'incision à travers le thorax, la plèvre et le diaphragme en un seul temps, il s'était créé de la place par de larges résections costales. Bulau de Hambourg, en 1885, répéta, l'opération de Genzmer, il incisa en un seul temps, mais le kyste s'était ouvert dans

la plèvre et le malade mourut. A l'autopsie on trouva un autre kyste ouvert dans le canal hépatique.

En Angleterre, Owen, en 1877, fit également l'incision transpleurale en un seul temps pour un kyste postéro-supérieur et obtint la guérison sans accidents. En France, en 1888, Segond démontra les avantages de la méthode d'Israël en communiquant au Congrès de chirurgie les deux premiers cas de kystes sous-diaphragmatiques opérés en France par voie transpleurale. Depuis les observations se sont multipliées et on peut citer les deux cas de Maunoury de Chartres, ceux de Bœckel de Strasbourg, de Bergada, etc., etc. *(A suivre.)*

CHIMIE MINÉRALE DES CORPS ORGANISÉS

Sol animal. Sol des arthritiques (nutrition retardante). Sol des tuberculeux. Amendements ou thérapeutique (1),

Par J. Gaube (du Gers).

IV

J'ai étudié le sol humain dans les syndromes appelés : « Nutrition retardante, arthritisme, neurasthénie » ; dans la tuberculose.

Le tableau suivant montre, en regard du sol moyen normal, le sol moyen de ces différents états morbides. Le sol de l'arthritisme a été établi sur des analyses nombreuses de sujets arthritiques âgés de 25 à 40 ans, pour la première période ; de 40 à 60 ans pour la deuxième période.

Dans la colonne de la neurasthénie, nous avons laissé en blanc la place des éléments dosés qui rentrent dans les

(1) Voir le numéro du 30 février.

ÉLÉMENTS DOSÉS.	SOL NORMAL.	NUTRITION RETARDANTE			TUBERCULOSE.
		ARTHRITISME 1re période.	ARTHRITISME 2e période.	ARTHRITISME 1re période Albuminaturie Neurasthénie.	
	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.
Charbon	6,11	5,295	4,21	»	3,14
Azote	15,24	14,38	11,10	»	10,11
Matière minérale	18,50	24,785	18,80	»	9
Matière organique	32,50	35,875	26,35	»	29
Acidité	1,915	2,687	3,22	neutre	faible, variable.
Urée	28	24,25	17,47	»	15,37
Azote de l'urée	13,06	11,30	8,14	»	7,17
Acide urique	0,58	0,67	0,48	»	0,175
Corps ternaires	rares	glucosides	glucosides	»	assez rares
Acide oxalique	néant	caractérisé	plus rare	»	néant
Acide phosphorique total	2,83	2,15	2,21	2,20	1,64
Acide phosphorique uni aux alcalins	1,30	0,673	1,38	0,576	»
Acide phosphorique uni à la chaux	0,88	0,639	0,43	0,608	»
Acide phosphorique uni à la magnésie	0,65	0,833	0,40	1,016	»
Acide sulfurique	2,75	2,835	2,05	»	1,84
Soufre total	0,90	1,008	0,75	1,148	»
Chlore	6,65	9,76	6,88	»	2,036
Chaux	0,35	0,26	0,17	0.24	0,27
Magnésie	0,168	0,23	0,11	0,286	0,11
Potasse	1,64	3,51	2,46	»	1,83
Soude	6	7,76	3,93	»	1,22
Phosphore organique	néant	»	néant	0,00882	q.q. fois
Phosphore total	»	»	»	0,95834	»
Fer	très rare	»	»	»	»
Fluor	rarement caract.	indican	indican	indican	indican abond. parfois.

moyennes du sol des arthritiques ; nous avons seulement noté les éléments qui sont caractéristiques de la neurasthénie.

Les nombres compris dans la colonne de la tuberculose sont l'expression moyenne d'analyses pratiquées à toutes les périodes de la phtisie.

Nous ferons remarquer, de suite, que dans le sol des arthritiques, comme d'ailleurs dans le sol normal, la matière minérale l'emporte sur l'azote.

Sol normal.

Azote	15.24
Matière minérale	18.50

Arthritique. — 1re période.

Azote	14.58
Matière minérale	24.78

Arthritique. — 2e période.

Azote	11.10
Matière minérale	18.80

Dans le sol du tuberculeux, au contraire, l'azote domine la matière minérale :

Azote	10.11
Matière minérale	9

D'une manière générale :

L'arthritique fait sa nutrition sur un sol très acide, fort riche en chlorures, aux dépens de la soude et de la magnésie.

Le tuberculeux fait sa nutrition sur un sol faiblement acide, très pauvre en chlorures, aux dépens de la potasse et de la chaux.

Les conséquences de cet assolement sont, pour l'arthritique de la première période : une perte considérable de matière minérale entraînée par l'acidité ; de matière organique sous forme de déchets, l'azote utile étant 11 au lieu de 13 pour vingt-quatre heures.

Pour l'arthritique de la deuxième période : l'épuisement des ressources minérales, insuffisantes pour neutraliser l'acidité ; l'azote utile devient 8 au lieu de 13 pour vingt-quatre heures.

Pour le tuberculeux : la déminéralisation par défaut d'acidité ; l'azote tombe de 13 à 7 par vingt-quatre heures (1).

V

L'acidité du liquide urinaire qui sourd à travers le rein d'une nappe alcaline provient, par dialyse, du dédoublement des sels alcalins du sang. Si les essais de Maly (2) ne sont pas absolument probants sur ce point, cela tient à l'imperfection du septum dialyseur qui, quelqu'il soit, est loin d'avoir les qualités dialysantes du rein au milieu duquel

---

(1) Les populations de nos campagnes sont généralement, comme la classe ouvrière des villes, hypo-minéralisées. Nous avons eu l'occasion de faire l'année dernière et cette année, à 40 lieues de Paris, l'analyse d'un échantillon d'urine puisé dans un récipient dans lequel urinaient environ 150 individus par jour. Voici quelques-uns des résultats de nos analyses :

Densité...........................	1009
Acidité	faible.
Acide phosphorique....................	0gr,80 0/00.
Chlore..................................	3gr,62 —
Chaux..................................	0gr,103
Magnésie................................	0gr,040

Ne serait-ce pas là une des causes, la première peut-être, de la dépopulation ?

(2) PRAGER. *Vierteljahrschrift*, 1877.

intervient, comme en d'autres endroits de l'organisme, un ferment particulier, car le rein a quelques-unes des qualités des glandes.

L'acide lactique est souvent signalé dans les urines des arthritiques et à doses élevées (2 à 4 grammes) par M. Gautrelet.

L'excès des chlorures dans les urines est la règle chez les arthritiques; il nous paraît même que cet excès des chlorures est, avec l'acidité, le trait caractéristique de l'arthritique. Quelle est l'origine de cet excès de chlorures?

Tous les arthritiques sont des hyperchlorhydriques, cela ne veut pas dire des hyperpeptiques ; en effet, la présence d'un excès d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique gêne, empêche l'action de la pepsine. Le suc gastrique des arthritiques contient un excès de chlore.

Il résulte des belles recherches sur le chimisme stomacal de MM. G. Hayem et J. Winter (1) que les chlorures fixes diminuent dans le suc gastrique pendant la première heure de la digestion tandis que les chloro-albumines, le chlore organique augmente ; les chlorures fixes augmentent pendant que le chlore organique diminue vers la fin de la digestion. En rapprochant de ces faits les analyses de MM. A. Berlioz et E. Lepinois (2), nous voyons le chlore fixe atteindre son minimum dans les urines à la fin de la digestion et de 10gr,60 par litre, à jeun, par exemple, tomber à 3gr,20, quatre heures après le repas. Qu'est-ce à dire, sinon que l'excrétion des chlorures par le liquide urinaire est en rapport direct avec les chlorures, avec le chlore, mis en mouvement par la digestion. Le chlore de l'alimentation

(1) Voir, notamment, les nos 95, 1889; 8 et 54, 1890, du *Bulletin médical*. — Le chimisme stomacal (Paris 1891, etc., etc.).

(2) A. Berlioz et É. Lepinois. *Loco citato*.

n'a pas une influence immédiate sur le chlore de la digestion parce qu'il n'est pas directement utilisé.

Si l'acide chlorhydrique provient uniquement des chlorures comme semble le démontrer la disparition des chlorures dans l'estomac au début de la digestion et dans les urines à la fin de la digestion, que deviennent les bases de ces sels haloïdes, car on ne les retrouve point dans l'estomac, on ne les retrouve pas sous une autre combinaison dans les urines? La dialyse aidée par un ferment particulier, la pepsine, dédouble les chlorures; le chlore transsude dans l'estomac et une partie des métaux électro-positifs restent en deçà des glandes dialysantes; on les retrouve dans le suc pancréatique (1) combinés à la matière protéique comme le chlore organique dans l'estomac. En effet, la sécrétion pancréatique atteint son maximum au moment où diminue la sécrétion gastrique. Le suc pancréatique contient la soude en combinaison organique, à l'état d'albuminate de soude.

Les éléments minéraux sont caducs comme la matière organique qu'ils supportent; ils ne servent pas deux fois la même action physiologique; ils s'éliminent à mesure qu'ils aident à la réduction de la matière protéique dont ils sont partie intégrante. La production d'un excès d'acide chlorhydrique entraîne donc l'exerétion d'un excès de chlorures alcalins, d'où la perte de la soude, de la potasse et de la magnésie probablement quoiqu'on ait l'habitude de la calculer en phosphate.

Ici s'ouvre, comme en toutes choses, le cercle éternel de la contingence. L'arthritique est-il arthritique parce qu'il fabrique trop d'acide chlorhydrique ou fait-il trop d'acide chlorhydrique parce qu'il est arthritique? Nous n'avons

(1) C. SCHMIDT. *In Phys. hum.* — BEAUNIS, page 692. — J. GAUBE (du Gers), *in Société de Biologie*, 30 mars 1895).

pour répondre à cette question que les ressources insuffisantes des lois de l'atavisme, de l'hérédité actuelle. Cependant, la nutrition retardante s'accuse chez les enfants âgés de quelques jours à peine, par une tendance marquée à l'acidité, alors que la digestion est toute intestinale, que l'acide chlorhydrique n'existe pas dans l'estomac. Nous avons étudié ailleurs cette modalité de l'arthritisme que nous avons appelée OXYCRASIE (1). Dans la première enfance, l'acide lactique, plus tard l'acide chlorhydrique dérobent la matière minérale à l'organisme. Il n'est point nécessaire d'expliquer longuement pourquoi la déminéralisation se fait beaucoup plus abondante dans un milieu franchement acide que dans un milieu acidulé, neutre ou alcalin : c'est une question de solubilité.

VI

Les urines des arthritiques neurasthéniques sont généralement neutres au papier de tournesol ; elles précipitent par la chaleur ; les acides dissolvent la majeure partie du précipité ; ce sont là, comme nous l'avons démontré, les caractères de l'albuminaturie. L'albuminaturie peut être phosphatée ou carbonatée (2). L'albuminaturie des neurasthéniques est une albuminaturie phosphatée. L'albumino-phosphate du neurasthénique est, pour la plus grande part, un albumino-phosphate magnésien. La matière protéique, liée au phosphate, est une albumine phosphorée qui fournit 0,00882 de phosphore par vingt-quatre heures ; c'est donc

(1) *Gazette médicale de Paris*, nos du 19 juin et 27 novembre 1886. Société de Biologie, 9e série, t. I, no 22.

(2) J. GAUBE (du Gers). De l'albuminaturie (*Société de Biologie*, 30 ai 1891). — De l'albuminaturie carbonatée (*Société de Biologie* 7 mai 1892).

une globuline, une sorte de caséine. Les albumines phosphorées sont les plus nombreuses des combinaisons albumino-phosphatées que l'on rencontre dans les urines durant certaines affections des centres nerveux (1).

En dehors des caractères ci-dessus et des caractères particuliers à l'arthritisme, les urines des neurasthéniques sont encore remarquables par la quantité du soufre organique (0,078) et du soufre total qu'elles fournissent (1gr,148) au lieu de (0,90) du soufre moyen normal de vingt-quatre heures.

VII

Si nous estimons que la matière minérale et l'azote qui ont servi à la nutrition s'éliminent presque en totalité par les urines (5), nous remarquons que le travail cellulaire de l'homme moyen normal emploie 1 gramme de matière minérale pour produire 0,74 d'azote, dont 86 0/0 d'azote utile, en vingt-quatre heures.

Avec 1 gramme de matière minérale l'arthritique produit 0,546 d'azote, dont 0,775 0/0 d'azote utile, dans le même laps de temps.

Le tuberculeux produit, avec 1 gramme de matière minérale, 0,884 d'azote, dont 0,71 0/0 d'azote utile en vingt-quatre heures.

Pendant que l'homme normal moyen produit 0,74 d'azote avec 1 gramme de matière minérale en vingt-quatre heures, il faut à l'arthritique trente heures et demie, soit un retard de six heures et demie pour produire la même somme

(1) J. Gaube (du Gers). Albuminaturie magnésienne (*Gazette médicale de Paris*, 1892, n° 26).

(2) Voir la quantité d'azote de la sueur dans les comptes rendus hebdomadaires, *Société de Biologie*, 31 octobre 1891. — J. Gaube (du Gers). *De l'albumine dans la sueur de l'homme et des animaux.*

d'azote avec la même quantité de matière minérale, ou bien il sera obligé de travailler 1gr,26 de matière minérale pour obtenir approximativement l'azote utile dans les vingt-quatre heures; c'est ce qui arrive dans la réalité de la vie de l'arthritique pendant la première période; il dépense 26 grammes de matière minérale contre 20 grammes dépensés par l'homme moyen normal. Ainsi se trouve justifiée l'expression : « Nutrition retardante ».

Le tuberculeux, au contraire, produit 0,884 d'azote avec 1 gramme de matière minérale, soit 0,74 d'azote normal avec 0,80 de matière minérale en vingt-quatre heures, ou bien 0,74 d'azote en dix-neuf heures, en avance de cinq heures sur le travail cellulaire de l'homme moyen normal.

Cette superproduction d'azote est, sans doute, le résultat du travail microbien. Nous avons démontré (1), en effet, que certains bouillons de culture contenaient, après culture, plus d'azote que n'en pouvaient fournir les éléments azotés des bouillons avant cette culture; d'où cette conclusion que les infiniments petits fixaient de l'azote pris aux milieux gazeux ambiants, gaz d'éclairage ou air atmosphérique.

VIII

Amendements ou Thérapeutique. — Les considérations théoriques et expérimentales qui précèdent facilitent singulièrement la tâche du thérapeutiste.

Qu'avons-nous vu? Que la matière minérale était, pour ainsi parler, l'âme, le soutien de la vie; que l'arthritique faisait sa nutrition sur un sol acide, riche en chlorures, aux dépens de la soude et de la magnésie; que le tu-

(1) J. Gaube (du Gers). Le microbe du tétanos. — La Bactéridie du charbon (*Archives générales de médecine*, p. 456, avril 1894).

berculeux (1) faisait sa nutrition sur un SOL FAIBLEMENT ACIDE, TRÈS PAUVRE EN CHLORURES, AUX DÉPENS DE LA POTASSE ET DE LA CHAUX, QU'IL ÉTAIT PROFONDÉMENT DÉMINÉRALISÉ; que, pour des raisons opposées, la voie stomacale était défectueuse chez les arthritiques et les tuberculeux pour arriver à modifier leur nutrition, chez les premiers à cause de l'hyperchlorhydrie, chez les seconds à cause de l'hypochlorhydrie gastrique; chez le phtisique l'estomac semble inhibé par l'affection pulmonaire; l'anatomie et la physiologie justifient cette manière de voir (2); que l'on pouvait reminéraliser l'homme comme la plante par la périphérie du moment que l'on connaissait exactement la minéralogie de l'homme sain et de l'homme malade.

L'hypodermie minérale, la reminéralisation par la périphérie du corps existent en fait depuis plusieurs années.

M. Chéron, notamment, M. G. Hayem, M. Huchard, etc., injectent sous la peau ou directement dans les veines des solutions salines dénommées SÉRUMS ARTIFICIELS, à cause de l'analogie que ces auteurs croyaient exister, sans doute, entre ces solutions et la minéralisation du sérum sanguin. Les sérums artificiels sont tous à base de soude c'est-à-dire que leur action est limitée par leur composition même d'après ce que nous avons appris de la minéralisation de l'homme.

Plus récemment, M. Alb. Robin, mieux instruit de la minéralogie animale a injecté sous la peau, avec succès,

---

(1) Voir : Albert ROBIN. Etudes cliniques sur la nutrition dans la phtisie pulmonaire chronique (*Archives générales de médecine*, mai et juin 1894, avril 1895).

(2) Les mêmes phénomènes d'inhibition existent dans la pneumonie ce qui rend compte de la décharge de chlorures lorsque le pneumocoque a fini son œuvre.

des glycéro-phosphates de chaux, de magnésie, de soude, de fer, soit simples, soit multiples.

M. Chéron (1) a étudié, a mesuré l'action immédiate, l'action d'entrée pour ainsi dire, des sérums artificiels ; cette action se traduit, dit M. Chéron, par une augmentation de la tension artérielle. Les sérums artificiels relèvent rapidement l'état général, permettent de résister à l'infection, limitent le travail inflammatoire, favorisent la résolution. Tous les liquides, quels qu'ils soient, ajoute M. Chéron, excepté les liquides toxiques, produisent les effets physiologiques identiques. La différence ne porte que sur l'intensité plus ou moins grande des phénomènes produits.

Tous ces phénomènes constatés par M. Chéron, ne sauraient être et ne sont, en réalité, qu'éphémères, avec les liquides indifférents. La soude étant le milieu chimique des humeurs de l'homme, on comprend pourquoi les sérums sodiques augmentent, dans certaines circonstances, la résistance de l'individu Quoi qu'il en soit, il faut, dans toute injection hypodermique, tenir compte de l'action immédiate de l'injection, de l'augmentation de la tension artérielle qui pourrait devenir nuisible.

Quant à l'action médiate, éloignée, des sérums artificiels, elle dépend des qualités du liquide injecté.

L'on sait que, d'une manière générale, les tissus les plus jeunes sont les plus minéralisés. MM. Charrin et Carnot (2), corroborant ce fait, ont démontré que la matière minérale introduite dans la circulation se dirigeait électivement vers

---

(1) J. Chéron. Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie (*Physiologie et thérapeutique*, Paris, Société d'Éditions scientifiques).

Hyperglobulie instantanée par stimulation périphérique (*Comptes rendus*, t. CXXI, p. 314).

(2) *Société de biologie*. Séance du 7 juillet 1894.

les parties lésées quelle que fût la nature de la matière minérale et la nature de la lésion. Mais la nature de l'aliment minéral indispensable à la vie de chaque cellule est adéquate à la fonction de la cellule; la chaux ne peut remplacer la magnésie, la potasse, la soude, le cuivre, le fer, l'arsenic, le soufre, l'iode, le chlore, etc. De telle sorte que la reminéralisation animale sera fatale ou favorable à la cellule selon sa qualité.

En nous appuyant sur ces faits, nous croyons que la thérapeutique consiste, principalement dans les maladies de la nutrition, et, nous avons démontré que la tuberculose était une maladie de la nutrition (1) avant d'être une maladie infectieuse, que la vraie thérapeutique, basée sur l'analyse urinaire, sur l'analyse du sol individuel, consiste, disons-nous, à améliorer, à corriger, à refaire la minéralisation de l'homme malade.

L'arthritique est acide, hyperchloruré; il élimine les bases alcalines, la magnésie en trop grande abondance. Les sels de soude, les sels multiples de soude et de magnésie, autres que les chlorures sont les médicaments de choix pour combattre l'état arthritique. Je néglige, à dessein, les sels de potasse parce que la nutrition qui se fait sur un milieu potassique est acide. Nous dirons plus loin comment les tuberculeux font exception à cette loi.

Pharmacologie.

R. Benzoate de soude chimiquement pur......................	6 grammes.
Benzoate de magnésie chimiquement pur......................	0gr,62
Eau distillée pure................	100 grammes.

(1) J. GAUBE (du Gers). De la chaux et de la magnésie chez les descendants de tuberculeux (*Les Connaissances médicales*, 1894).

Dissoudre le benzoate de magnésie dans le benzoate de soude; filtrer, stériliser.

1, 2, 3 centimètres cubes en injections hypodermiques, tous les deux jours, tous les trois jours, une fois par semaine, selon les cas, alternativement avec les solutions suivantes :

R. Phosphate de soude	5	—
Eau distillée.....................	100	grammes.

filtrer, stériliser.

R. Glycéro-phosphate de soude...	5	—
Eau distillée....................	100	—
D. S. A.		

Les glycéro-phosphates qui sont des médicaments excellents ont le grave inconvénient d'être difficilement stérilisables par la chaleur, car ils se décomposent quand on les chauffe avec l'eau, et l'acide phospho-glycérique se dédouble en acide phosphorique et glycérine.

Le neurasthénique fait sa nutrition comme l'arthritique, mais il élimine du phosphore sous forme de globulines. On peut faire aux neurasthéniques soit des injections de glycéro-phosphates de soude, soit encore des injections d'albumino-phospate de soude préparé en faisant réagir le phosphate de soude sur la caséine pure.

Le tuberculeux fait sa nutrition sur un sol faiblement acide, pauvre en chlorures, aux dépens de la potasse et de la chaux. Tous les éléments minéraux sont rares dans le sol du tuberculeux. La potasse qui domine la soude dans le sol du tuberculeux provient des réserves ordinaires de la potasse, l'HÉMATIE et le MUSCLE, mais elle est mise au service des colonies microbiennes qui vivent en associations parasitaires chez le tuberculeux. La vie de l'HÉMATIE est absolument subordonnée à la présence de la potasse et

c'est augmenter la résistance du tuberculeux plus que favoriser la vie microbienne que d'introduire dans la circulation du chlorure de potassium.

Les sels de potassium, de calcium, de magnésium et de sodium sous forme de chlorures fournissent l'amendement qui convient le mieux au sol des tuberculeux. Nous faisons réagir ces divers chlorures sur la caséine pour avoir le phosphore organique indispensable à toute rénovation des tissus; nous obtenons ainsi un albuminate multiple, une albuminoïde artificielle.

Pharmacologie.

R. Chlorure de potassium cristallisé chimiquement pur......	19gr,25
Chlorure de calcium..........	7gr,50
Chlorure de sodium...........	2gr,75
Chlorure de magnésium.......	1gr,875
Iodure de calcium	0gr,625
Caséine pure, sèche...........	10 grammes.

Nous broyons finement ces sels dans un mortier avec la caséine, nous laissons en contact pendant deux heures; nous humectons avec de l'eau distillée et nous laissons au repos pendant douze heures; puis nous ajoutons petit à petit, en agitant avec le pilon, 800 grammes d'eau distillée; nous filtrons sur papier Berzélius, nous complétons avec de l'eau distillée jusqu'à 975 centimètres cubes et nous ajoutons 25 centimètres cubes d'eau de laurier-cerise (1).

La grande difficulté de cette opération consiste dans la préparation de la caséine. On précipite la caséine en acidi-

(1) Cette formule diffère très sensiblement de celle que nous avions donnée dans *Traitement et guérison de la tuberculose humaine*, Paris, Asselin et Houzeau, 1894.

fiant le lait avec l'acide acétique; on lave longtemps sur filtre; on reprend la caséine que l'on malaxe dans de l'éther bien rectifié; on lave de nouveau sur filtre, puis on dispose à l'étuve en plaques minces; on sèche à 100° et on pulvérise la caséine très finement; on la met aussitôt en contact avec les sels cristallisés.

Nous injectons, une, deux, ou trois fois par semaine, 1, 2 ou 3 centimètres cubes de cette albuminoïde stérilisée et nous pouvons ajouter naturellement stérile, selon l'état du sujet, selon la manière dont il réagit.

L'emploi de ces *amendements* ou *moyens thérapeutiques* donne dans l'*arthritisme*, dans la *tuberculose*, des résultats qui ne sauraient être comparés à ceux d'aucune autre médication.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS (1)

Chirurgie générale.

Du traitement opératoire de la myopie progressive (Valude, *Académie de médecine*, séance du 24 décembre 1895). — M. Valude rapporte deux cas de myopie progressive ayant résisté à tous les traitements, et très améliorés par l'opération de Fukala et Vocher, comprenant successivement : 1° l'iridectomie préparatoire et la discission du cristallin; 2° après cinq ou six jours, l'évacuation des masses cristalliniennes ramollies; 3° après quelques semaines, la capsulotomie de la membranule. Sans doute, on doit essayer tout d'abord le traitement par le repos, les changements de profession,

(1) La Revue est faite par les soins de l'Institut international de bibliographie, dirigé par le Dr Marcel Baudoin.

d'habitudes, les ténotomies s'il y a lieu. Mais, dans un cas tenace, rendant tout travail impossible, l'opération est justifiée. (*Prog. Méd.*)

Cholécystectomie dans la lithiase biliaire (Lejars, *Académie de médecine*, Paris, 1895, séance du 24 déc.). — M. Lejars montre, par trois observations, que la cholécystectomie est l'intervention de choix dans certaines cholécystites invétérées à calculs nombreux, à altération de la paroi. Dans certaines suppurations vésiculaires, c'est presque une opération d'urgence. Malgré les difficultés techniques réelles, les trois malades ont guéri, ce qui prouve la bénignité relative à l'intervention. Grâce, peut-être à la double ligature du canal cystique rejetée assez loin du col de la vésicule, il n'y a pas eu d'écoulement biliaire. (*Progr. Méd.*)

Médecine générale

Traitement du lupus par l'application locale de la créosote et rôle de ce médicament dans le traitement de toutes les affections tuberculeuses et purulentes. (Zérénine, *Vratch*, 1895). — La créosote est employée par l'auteur, pure ou mélangée avec de la glycérine (1/3 ou 1 pour 10) ou de l'huile d'olive (1 pour 10); il badigeonne avec de la créosote ou il applique des bandes de tarlatane imbibées d'un des mélanges ci-dessus indiqués. La scarification précède l'application de la créosote dans les lupus maculeux ou érythémateux. Dans les cas rebelles, on emploie les solutions au tiers ou à la créosote pure. M. Zérénine nous apporte 3 cas de lupus (l'un de la face et du coude gauche, les deux autres du nez) qui cédèrent à l'application de la créosote. Ce mode de traitement a l'avantage de ne pas laisser de cicatrices déformantes.

La créosote arrête aussi les suppurations chroniques; son emploi est tout indiqué dans les abcès froids, les adénites

cervicales ou axillaires, les ostéites suppurées et toutes les affections d'origine tuberculeuse.

Intoxication par l'usage externe du sous-nitrate de bismuth (Gaucher et Balli, *Soc. Méd. des Hôp.*, 29 novembre 1895). — L'intoxication porte surtout sur le tube digestif et particulièrement sur la muqueuse de la bouche. La stomatite est caractérisée par un liseré violacé et diverses lésions peuvant devenir gangréneuses. La mastication est difficile ; la salivation d'abord abondante est remplacée par des mucosités difficiles, qu'on a peine à se débarrasser ; l'haleine est fétide et quelquefois il y a vomissement et diarrhée. On observe aussi de la néphrite avec sédiment de bismuth dans les urines. Il doit probablement se former, au contact des matières albuminoïdes, un composé soluble dont l'absorption est facilitée par le contact prolongé qui ne peut exister si c'est à l'intérieur qu'on administre le bismuth.

Sur l'emploi du sang de vipère et de couleuvre, comme substance antivenimeuse (Phisalix et Bertrand, *Acad. des Sc., Par.*, nov. 1895). — On a souvent constaté l'immunisation naturelle du sang de vipère, du hérisson contre le venin de la vipère ; on a pu aussi immuniser des cobayes par des injections de sérum de vipère (immunisation de quelques jours seulement). Les mêmes expériences peuvent être répétées avec du sérum de couleuvre, mais les effets seront moins manifestes.

En somme, chez les serpents, comme chez les animaux vaccinés artificiellement, il y aurait une réaction défensive de l'organisme, c'est pourquoi, on pourrait expliquer l'immunité des reptiles pour leur propre venin par une sorte d'auto-vaccination ; nous pouvons en tirer une signification importante, au point de vue physiologique : c'est une démonstration de plus de la réaction d'une antitoxine spécifique toujours produite par une cellule antagoniste d'une cellule toxigène.

Traitement du diabète par l'injection de pancréas. (Bormann, *Wiener med. Blätt. Vienne*, n° 42, 1895). — Un homme de 30 ans, type de diabète maigre, se présentait le 11 mars à l'hôpital ; la glucosurie remontait à un assez long temps, il rendait 3,500 grammes d'urine en vingt-quatre heures contenant une forte portion de sucre (400 grammes); sous l'influence du régime alimentaire, la polyurie et la glucosurie diminuent.

A partir du 5 avril, on fit prendre chaque jour au malade un pancréas de bœuf rôti, quelque temps après, on lui fit absorber le suc d'un demi-pancréas en lavement, puis on fit une injection quotidienne d'un centimètre et demi d'extrait de pancréas. L'état général du malade fut très amélioré, il était plus fort, souffrait moins de la polyurie et son poids s'était accru de plus de 4 kilogrammes.

Traitement du foie cardiaque (R. Lépine, *Sem. méd., Par.*- 20 nov. 1895, 58, 502). — Le foie est normalement mou et très extensible, c'est une véritable éponge; aussi, peut-il loger une quantité considérable de sang, susceptible de faire augmenter son poids de près de deux tiers. On conçoit facilement maintenant la pathogénie du foi cardiaque. Si la tension augmente dans l'oreille droite, par suite d'insuffisance tricuspidienne, par exemple, l'organe dépasse les fausses côtes, on peut y percevoir des battements systoliques; si la tension diminue dans l'oreillette, l'organe diminue de volume et disparaît sous les fausses côtes. Il s'en suit de là que le traitement du foie cardiaque consiste surtout à faire cesser l'excès de tension dans l'oreillette et la veine cave.

Sur trois malades atteints d'insuffisance tricuspidienne, la persistance de l'hypertrophie du foie fut constatée (bien que sous l'influence de la digitaline, l'insuffisance tricuspidienne eût diminué), parce que tous trois mangeaient de la viande, dont la digestion congestionne le foie : le régime lacté amena une amélioration notable. On doit donc, en définitive, proscrire

tout aliment dont la digestion peut congestionner le foie : c'est, à-dire viande, vins, etc.; au contraire, le lait, les potages légers, satisferont à toutes les exigences du traitement de cette affection.

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

De l'effet de la spartéine (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie*, Leipzig, 1895, N°s 35, 129-143). — D'essais faits avec la spartéine sur des grenouilles, des chats et des lapins, il résulte que l'augmentation de la pression sanguine, que le ralentissement et l'agrandissement des pulsations du cœur ne semblent pas des effets spécifiques de cet agent, mais seulement provoqués par l'excitation locale. Au contraire, la diminution constante du nombre des pulsations et du pneumo-gastrique en sont les effets. Ce ralentissement est totalement indépendant do l'arrêt do l'appareil, comme l'ont établi des injections d'atropine, et s'explique par une action nocive sur le cœur. L'action de la spartéine somble se rattacher à celle de la coniine. Le système nerveux central semble peu influencé, les terminaisons nerveuses dans les muscles sont paralysées. De fortes doses affaiblissent et ralentissont le cœur. Aucun effet digitaliniforme.

Mortalité; traitement de la pneumonie (Catrin, *Gaz. des hôp. Par.*, 10 octobre 1895, n° 118, 1153-1155). — A l'occasion d'une communication de M. Comby sur le traitement de la pneumonie par les bains froids, la question de la mortalité a été soulevée, et M. Catrin, après avoir consulté des statistiques, tant dans la médecine civile que dans la médecine militaire, nous a mis sous les yeux des résultats effrayants : la moyenne des décès s'élèverait à 50 0/0.

Il est trois causes à incriminer : le terrain sur lequel évolue le germe, la virulence même de la pneumonie et surtout le froid. En ce qui concerne ce dernier facteur, les statistiques

sont probantes et l'étude expérimentale nous a appris que le pneumocoque ne peut exercer son action que sur des sujets refroidis. En ce qui concerne la thérapeutique, l'auteur se montre très réservé; pour lui il n'y a pas de traitement unique de la pneumonie, et les bains froids ne sauraient être employés dans la majorité des cas; la vieille méthode doit donc conserver une place justement acquise par les résultats positifs qu'elle a souvent donnés.

Sérothérapie.

La sérothérapie dans la fièvre puerpérale (Gaulard, *Presse médicale*, Paris, 30 novembre 1895, Nos 62, 478-480). — L'auteur nous soumet la relation de deux cas de fièvre puerpérale: dans le premier, traité par lui-même, il s'agit d'une jeune femme d'apparence chétive et rachitique, présentant tous les symptômes d'infection puerpérale. Un accouchement laborieux avec application de forceps avait produit la déchirure du périnée jusqu'à l'anus ; le fœtus était mort mais non putréfié. La malade avait une fièvre intense ; on pratiqua un curettage de l'anus et on sutura le périnée. Cette pratique ne donna pas de résultat satisfaisant, aussi eut-on recours aux injections de sérum antistreptococcique qui furent faites au nombre de deux (10 centimètres cubes chaque) à intervalles de vingt-quatre heures. Une amélioration très sensible s'ensuivit, la fièvre tomba et la malade fut en voie de guérison. Le second cas observé, a été recueilli par le Dr Rué ; il s'agit d'une femme de 36 ans, rachitique, qui était à sa quatrième grossesse ; après un accouchement qui ne fut mené à bonne fin qu'à force de manœuvres artificielles, la température alla en augmentant ; on avait affaire à un cas d'infection puerpérale et l'on reconnut vite la présence du streptocoque dans les lochies ; on eut recours aux injections qui firent descendre la température jusqu'au jour de la mort. L'auteur préconise avec raison l'usage du sérum, mais il assure qu'on ne saurait en

attendre le résultat désiré que si l'utérus a été au préalable nettoyé par un curettage consciencieux.

Diphtérie, Croup. Sérumthérapie (Th. Escherich, Vienne et Leipzig, 1895). — A la clinique de Graetz, Escherich a traité par le sérum antidiphtérique 51 enfants avec une mortalité de 9,5 0/0 qui se réduit à 3,8 en défalquant les 3 malades moribonds. Les injections exercent leur action surtout sur le processus local (rapide élimination des membranes et obstacle à leur extension) et beaucoup moins sur les phénomènes toxiques. Les formes localisées de la diphtérie pharyngée guérissent aussi bien par les traitements ordinaires; les formes septiques dues à une infection mixte ne sont curables par le sérum que dans les cas légers. En revanche, les formes progressives (extension du larynx, etc.) donnent avec le sérum une mortalité inférieure de près de 100 0/0 à ce qu'elle était avec les anciennes médications. En outre, la sérothérapie appliquée précocement peut souvent empêcher le passage de la forme localisée à la progressive ou à la septique. A côté du sérum, Escherich se sert comme topique de sublimé au millième, pour aider à la destruction des bacilles subsistant après la disparition des membranes. La sérothérapie diminue surtout la mortalité de la diphtérie dans les quatre premières années de la vie, où les formes septiques sont rares. Escherich n'a noté d'autres effets fâcheux du sérum que des exanthèmes à grosses taches dans 3 cas, dont 1 fois avec fièvre et arthralgies. Ce nouveau traitement n'empêche pas les paralysies post-diphtéritiques, mais peut-être les atténue-t-il. (*Rev. des Sc. méd.*)

De l'immunité vaccinale et du pouvoir immunisant du sérum de génisse vaccinée (Béclère, *Académie de médecine*, Paris, 1895, séance du 17 décembre). — Il résulte des recherches expérimentales que nous avons faites, MM. Chambon, Ménard et moi, que le sérum d'une génisse vaccinée recueilli hors de la période de virulence, après la dessiccation des pustules, possède vis-à-vis de la vaccine une action immuni-

sante due à des substances solubles. Autant se développe lentement l'immunité consécutive à l'inoculation sous-cutanée du virus vaccinal, autant est rapide et pour ainsi dire immédiato l'action immunisante du sérum de génisse vaccinée. Ce sérum possède non seulement des effets préventifs, mais encore des propriétés thérapeutiques; injecté sous la peau d'un animal inoculé depuis deux jours, il manifeste encore d'une façon évidente son pouvoir immunisant.

Préventive ou curative, l'action immunisante du sérum de génisse vaccinée n'est pas une, elle comporte toute une série de degrés qui varient avec la dose injectée et le moment plus ou moins éloigné du début de l'évolution vaccinale où est faite l'injection. Cette action se révèle et se mesure à deux signes : un arrêt de développement plus ou moins prononcé des éléments éruptifs et uno atténuation plus ou moins complète de la virulence de leur contenu. Injecté sous la peau d'un animal de même espèce, à une dose ne dépassant pas le centième do son poids, immédiatement avant la vaccination à l'aide de nombreuses inoculations sous-épidermiques, ce sérum confère à cet animal un degré d'immunité suffisant pour rendre stériles le plus grand nombre des inoculations, pour donner aux rares éléments éruptifs un aspect rudimentaire et avorté, et surtout pour faire perdre toute virulence appréciable au contenu de ces éléments, puisqu'il n'est plus inoculable à des sujets non vaccinés, enfants ou génisses.

En présence de ces résultats, nous avons cru, MM. Chambon, Ménard et moi, pouvoir nous permettre d'aborder le problème de la sérothérapie de la variole et de tenter contre cette maladie l'emploi d'un sérum doué vis-à-vis de la vaccine de propriétés curatives. Depuis le commencement do cette année, j'ai déjà fait à quinze varioleux, de tout âge, des injections sous-cutanées de sérum de génisse vaccinée.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 128.3.96.



HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

SEPTIÈME LEÇON

Traitement des dyspepsies,

Par M. ALBERT ROBIN,
De l'Académie de médecine.

Traitement de l'hypersthénie gastrique permanente,

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Nous avons vu jusqu'ici les troubles d'abord intermittents de la fonction gastrique, allant toujours en s'aggravant et tendant de plus en plus à devenir chroniques. Enfin, sous le coup d'une excitation maintes fois renouvelée, ce n'est plus seulement par crises paroxystiques que va se manifester la maladie devenue véritable lésion fonctionnelle avant de devenir lésion organique, mais bien par un état chronique et par des troubles digestifs continus. C'est toujours de l'hypersthénie gastrique, mais à un état beaucoup plus avancé et avec des symptômes beaucoup plus graves, non seulement comme apparence morbide, mais aussi au point de vue du pronostic, en raison même de l'importance et de la permanence de l'irritation fonctionnelle de l'organe.

Si l'on a bien saisi la succession presque mathématique des signes pathologiques décrits jusqu'ici, on sera frappé de la netteté de l'évolution du processus. Cependant, la forme que je désigne sous le nom d'hypersthénie permanente a été partiellement décrite sous une quantité d'autres noms. C'est ainsi qu'elle offre des analogies avec la maladie désignée par Bouveret comme état permanent de la maladie de Reichmann, par Riegel et par Jaworski sous

celui d'hypersécrétion continue ; enfin le plus grand nombre des cas considérés jadis comme des dilatations de l'estomac doivent être mis parmi ceux que je vais étudier aujourd'hui.

Il ne faut pas oublier, en effet, que la dilatation de l'estomac est un état très rarement observé ; nous verrons tout à l'heure pourquoi de très bons observateurs ont pu s'y tromper, mais je dois dire immédiatement que la vraie dilatation est si rare que, pour mon compte personnel, je n'en ai observé qu'un fort petit nombre de cas, tandis que des auteurs très considérés, comme M. Bouchard, la reconnaissent à ce point fréquente qu'ils en font la principale des maladies de l'estomac. C'est là une pure question d'interprétation ; la dilatation vraie est une lésion, contre laquelle la thérapeutique est impuissante ; la distension, au contraire, est un phénomène temporaire, qui disparaît avec la cause même qui l'a provoquée c'est-à-dire avec le *spasme du pylore* : il ne faut donc pas les confondre. Or, la distension est aussi fréquente que la dilatation l'est peu, et c'est pourquoi la grande majorité des cas qui ont été groupés sous le vocable de dilatation doivent en réalité faire retour au groupe de l'hypersthénie permanente et quelquefois même de l'hypersthénie aiguë paroxystique.

II. — Symptômes

L'état hypersthénique permanent dérive en droite ligne des crises paroxystiques qui caractérisent presque toujours le début de la maladie. Mais il est très fréquent de voir un malade chez lequel on n'a pas assisté au début des accidents, aussi est-il de la plus haute importance pour le médecin de pouvoir bien apprécier l'état exact de son sujet, car du diagnostic très précis de la maladie dépendent à la fois le pronostic et le traitement à instituer. Or je considère les

résultats futurs du traitement institué comme si importants que je n'hésiste pas à déclarer que dans l'immense majorité des cas l'aggravation de la maladie est due, pour la meilleure part, à une thérapeutique intempestive. Il est donc absolument nécessaire de pouvoir reconnaître avec précision l'état du malade avant de faire la moindre prescription ; c'est pourquoi je crois utile d'insister rapidement sur la séméiologie de cette affection. Dans tout ce qui va suivre, je suppose que le malade arrive devant le médecin en puissance de l'état hypersthénique, et sans que celui-ci ait assisté aux premiers accidents.

A. *Phénomènes généraux.* — Suite d'un état aigu qui se manifeste surtout vers 20 ou 30 ans, l'hypersthénie permanente amène le plus souvent les malades à l'hôpital ou dans le cabinet du médecin vers 30 à 50 ans, c'est-à-dire à un moment où l'on est toujours tenté de supposer l'existence d'une affection néoplasique, et l'erreur peut être commise avec d'autant plus de facilité que le facies du sujet est souvent cachectique. Aussi, le diagnostic cancer est-il souvent porté, mais ce sont là de pseudo-cancers, et ce sont justement eux qui guérissent. L'apparence est donc trompeuse et de fort habiles s'y sont laissé prendre, ce qui ne leur serait pas certainement arrivé s'ils avaient porté plus d'attention sur les phénomènes fonctionnels et ne s'étaient pas surtout fixés sur les signes extérieurs.

Laissez parler le malade ; il vous racontera presque toujours très intelligemment les troubles qui le font souffrir ; sa langue est constamment rouge. L'appétit est souvent conservé, et dans tous les cas, s'il arrive au patient de se mettre à table sans faim, celle-ci se réveille aussitôt le repas commencé et il serait capable alors de faire un brillant convive. Si l'expérience ne lui avait pas démontré qu'il va, tout à l'heure, payer très cher une satisfaction d'un instant,

il serait volontiers insatiable. Or, il faut noter cette faculté d'ingérer une grande quantité d'aliments, contrastant avec la maigreur et l'état cachectique constatés plus haut ; cela montre que si l'estomac a conservé l'appétit, il a perdu la propriété de transformer les matériaux alimentaires en principes assimilables.

Le repas est pour le malade le seul bon moment de la journée; ce bien-être relatif se prolonge même un certain temps, mais au bout de deux à trois heures au plus après l'ingestion des aliments, la crise commence, et c'est alors pour le malheureux dyspeptique un véritable calvaire qui se renouvelle avec chaque repas. C'est d'abord une sensation de brûlure, d'aigreur, en un mot le classique pyrosis ; puis, ce sont des impressions vagues mais atrocement pénibles de pesanteur, de tiraillements et de contractions douloureuses dans la région stomacale. Chez les sujets particulièrement nerveux, les éructations entrent en jeu ; ce n'est plus là le signe de fermentations anormales du genre de celles que nous aurons à étudier en traitant de la gastrite avec lésion; il s'agit d'un phénomène purement nerveux, dont l'apparition a lieu parfois dès l'entrée de l'aliment dans un estomac violemment irrité. Il se produit chez certains malades de véritables orages gazeux horriblement pénibles et la quantité des gaz éructés est parfois prodigieuse. Il serait assurément intéressant d'analyser ces phénomènes si curieux et encore mal connus, mais cela m'entraînerait trop loin et je suis obligé de me contenter de les signaler.

Si le sujet a mangé à midi, la crise que je viens de commencer à décrire a débuté vers trois ou quatre heures; elle dure ainsi plus ou moins vive jusqu'à cinq ou six heures, et à ce moment, souvent à l'instant même où elle est le plus pénible, il se produit un soulagement brusque : et dans ce cas, le malade voit sa crise se transformer en un impérieux

sentiment de faim. Il fait alors hâter le service de son repas du soir, et s'il n'a pas la sagesse de mesurer avec la plus grande prudence sa ration, c'est une nouvelle crise qu'il se prépare, mais cette fois nocturne, et par conséquent, plus pénible encore.

La scène que je viens de décrire est l'accompagnement pour ainsi dire normal de toute digestion chez les dyspeptiques hypersthéniques chroniques; elle est constante, mais elle peut être encore aggravée, et alors le malade est incapable de conserver ses aliments qu'il rejette par des vomissements qui sont plutôt une régurgitation. Il faut noter, en effet, que ce n'est pas là une véritable indigestion : l'estomac, sous le coup de la distension dont nous allons parler tout à l'heure, éprouve des mouvements péristaltiques dont l'effet consécutif est de rejeter les aliments, mais sans le malaise syncopal caractéristique de l'indigestion, et le plus souvent, le malade lui-même provoque, par des mouvements auxquels il a su s'habituer, un débarras qui va être pour lui un vrai soulagement.

Quand la crise a lieu la nuit, ce qui est chez beaucoup de sujets plus rare que la crise diurne, on voit certains signes particuliers s'ajouter à ceux que nous venons de passer en revue : il se manifeste une certaine agitation et parfois même peut-être une légère hyperthermie avec accélération du pouls ; de plus, on constate souvent de véritables fringales que le malade calme en buvant du lait ou en prenant quelques aliments légers.

A tous ces signes, il faut ajouter une soif ardente, soif que j'appellerais volontiers providentielle, car le malade, en la satisfaisant, dilue abondamment le suc gastrique hyperacide qui irrite et altère la muqueuse de l'estomac. Ajoutons aussi un caractère qui ne manque jamais et que l'on peut même considérer comme pathognomonique de ces états d'hypersthénie : je veux parler de l'abominable sensation de

faiblesse et l'impuissance qu'éprouvent tous les malades au réveil. Tandis que le sommeil est généralement réparateur dans les autres états chroniques, le dyspeptique n'a pas de moment plus pénible que le réveil; il est littéralement angoissé, les reins lui font mal et les mouvements les plus simples lui sont douloureux à exécuter; il est dans une impuissance cérébrale presque complète; puis peu à peu, sous le coup d'une excitation nerveuse quelconque, il reprend possession de lui-même et redevient capable d'agir. Il est même à noter que, dans le plus grand nombre des cas, la journée devient de moins en moins difficile à passer, même quand la crise habituelle se produit. C'est qu'il ne faut pas oublier que les dyspeptiques, mieux que tous les autres chroniques, sont soumis à des réactions nerveuses intenses, de sorte que l'individu a toujours besoin d'une excitation pour être à même de réagir. Il est certainement curieux de voir souvent ces malades passer, sous le coup d'une excitation morale un peu vive, d'un état de dépression presque inquiétant à une action motrice ou cérébrale dont on les aurait crus incapables. C'est là un phénomène que l'on ne pourra jamais observer chez les individus atteints de maladies organiques avec lésion et surtout chez les cancéreux.

B. *Signes organiques.* — Je n'insisterai que sur trois signes très importants que l'on rencontre constamment chez ces malades et que l'on est à même de mettre en évidence par la palpation et par la percussion, du côté de l'estomac, du foie et de l'intestin.

Il est de règle de trouver l'*estomac distendu* et d'y constater du clapotage. Je considère ce clapotage comme un signe de distension momentanée de l'estomac, distension qui est l'une des caractéristiques de l'hypersthénie gastrique, et qui n'est pas absolument l'indice d'une dilatation per-

manente de l'estomac. Mais je reviendrai tout à l'heure sur ce sujet; je n'insiste donc pas.

Le foie est presque toujours *hypertrophié* chez les sujets atteints d'hypersthénie gastrique permanente. Certains auteurs ont voulu établir deux catégories de malades, suivant que le foie gardait ou perdait son volume normal, mais j'estime qu'il y a eu confusion : on a pris comme permanents des sujets qui en étaient encore aux crises paroxystiques. J'ai la conviction qu'il n'y a pas de dyspepsie hypersthénique chronique sans hypertrophie du foie. Seulement il faut, pour constater l'augmentation de volume, percuter le malade debout; sans cette précaution, l'augmentation pourra très bien passer inaperçue.

Enfin, on constatera également la *distension du gros intestin*, qui est toujours dans un état d'atonie fonctionnelle et dans lequel on trouvera d'une façon régulière des masses fécales plus ou moins volumineuses. Notons que des médecins ont plus d'une fois pris ces agglomérations de matières pour des reins mobiles. Il est bon de savoir que le rein mobile est une affection plus rare qu'on ne l'a cru.

C. *Chimisme stomacal.* — L'examen du suc gastrique, pratiqué après un repas d'épreuve, fournit les résultats suivants :

Acide chlorhydrique total, augmenté.
Acide — combiné, normal, diminué ou augmenté.
Acide — libre, augmenté.

De plus, on trouve fréquemment une quantité plus ou moins considérable d'acides organiques engendrés par des fermentations anormales, acétique, lactique ou butyrique.

Du côté des matières albuminoïdes, on trouve :

Albumine, fréquente. — Syntonines, normales ou augmentées. — Propeptones, normales ou augmentées. — Peptones, plus ou moins diminuées.

On voit que la transformation des albuminoïdes en syntonines est complète, ce qui est logique, cette opération étant du ressort de l'acide chlorhydrique, mais que l'excès de ce dernier arrête la formation des peptones, tandis que les étapes de l'élaboration des matières albuminoïdes sont limitées à la fabrication de propeptones mal assimilables.

La digestion des féculents est irrégulière : quelquefois, la formation du sucre est normale; dans d'autres cas, elle est incomplète. On comprend que l'analyse rend à ce point de vue d'incontestables services pour savoir si l'on peut introduire des féculents dans le régime du malade.

Enfin, des traces de l'albumine de l'œuf du repas d'épreuve se retrouvent libres dans le suc gastrique, nouvelle preuve de l'arrêt subi par la digestion des matières albuminoïdes.

D. *Symptômes réactionnels.* — Naturellement, un état pathologique aussi accentué, qui intéresse la nutrition tout entière, doit réagir énergiquement sur l'organisme entier. On a donc à observer un nombre considérable de troubles réflexes intéressant le système nerveux et l'appareil circulatoire. Il serait à la fois long et fastidieux de les énumérer tous, je me limiterai donc aux principaux seulement.

En première ligne vient le *vertige stomacal*, si bien décrit par Trousseau ; puis les *palpitations* et les *intermittences cardiaques* parfois si prononcées qu'elles ont pu faire croire à une lésion cardiaque, quand il n'y a en réalité que des manifestations réflexes d'origine gastrique. Signalons aussi de bizarres *troubles oculaires* encore mal connus qui accompagnent ou remplacent le vertige et sont probablement dus à de l'asthénopie musculaire provoquée par une irritation du sympathique. Les téguments présentent souvent une *teinte subictérique* qui décèle l'état pathologique du foie. Enfin, je rappelle le *malaise* caractéristique et si spécial sur lequel

j'ai tout à l'heure insisté, en traitant des symptômes généraux.

E. *Signes urinaires.* — Les urines sont pâles, abondantes et *alcalines*; e'est surtout ce dernier signe qu'il est important de retenir. Ce earactère se eonstate souvent même en dehors des repas, mais il est constant après ceux-ci. Il se dépose peu après la miction un *sédiment* blanc de phosphates terreux ou ammoniaeo-magnésiens. Parfois même, la quantité de phosphates eontenus dans l'urine est si abondante que eelle-ci est rendue laiteuse, de sorte que, plus d'une fois le malade, ou même le médecin, ont pu croire à une émission de pus.

L'*urée* est toujours en exeès; naturellement l'*acide phosphorique* total est notablement augmenté, puisque nous venons de signaler l'importance de l'excrétion des phosphates terreux.

Il n'est pas rare de trouver de l'*albumine* dans l'urine; la présence en est fréquente après les repas; on ne la trouve pas en dehors de eeux-ci, et e'est ce genre d'albuminurie qui a été souveut traitée eomme *albuminurie cyclique*. Or, cette albuminurie cyclique est tout simplement l'albuminurie phosphatique des dyspeptiques; elle n'existe pas eomme espèce morbide.

III. — Physiologie pathologique.

L'immense majorité des dyspeptiques hypersthéniques arrivés à la période chronique, sont des arthritiques nerveux; la maladie a débuté par des crises aiguës qui se sont répétées de plus en plus fréquemment et qui aboutissent à un état chronique. Il y a done comme point de départ une exeitation fonctionnelle qui est presque toujours d'origine nerveuse; sous le eoup de cette excitation, les glandes gastriques sécrètent une quantité exagérée d'aeide ehlorhy-

drique, et cette sécrétion est pour ainsi dire constante; par conséquent l'estomac, on peut le dire, ne se repose jamais, ce qui amène un état d'éréthisme permanent de cet organe.

Au moment où le repas introduit des aliments, la sécrétion de l'acide chlorhydrique devient encore plus abondante et le suc gastrique hyperacide réagit vivement sur les tissus. Normalement, le pylore n'est pas contracté; il ne se ferme, au moment de la digestion et au début de la sécrétion du suc gastrique, que pour retenir le bol alimentaire pendant le temps matériellement nécessaire à sa transformation en peptones; alors il s'ouvre et laisse échapper les aliments devenus liquides.

L'acidité permanente du suc gastrique amène chez les dyspeptiques un spasme pylorique prolongé, qui arrête les aliments dans l'estomac; e'est alors le moment le plus douloureux de la crise et il a lieu trois ou quatre heures après le repas, c'est-à-dire à l'instant où la digestion bat son plein. Ce refus de fonction du pylore amène fatalement une distension considérable de l'estomac, mais distension ne veut pas dire dilatation. Ce dernier terme en effet, suppose un relachement permanent des fibres musculaires de l'organe. Or, les hypersthéniques chroniques sont seulement des candidats à la dilatation, ils ne sont pas encore des dilatés, comme on l'a cru et comme on le croit encore trop souvent. Ce point de clinique est de la plus haute importance à établir, car s'il y avait dilatation il y aurait lésion : or, je n'admet pas de lésion dans l'hypersthénie permanente, qui est seulement une cause de lésion. Il ne suffit donc pas de constater l'abaissement de l'estomac et le clapotement pour être en droit d'affirmer l'existence d'une dilatation; il faut encore montrer que le phénomène est permanent et que l'estomac ne revient jamais à ses dimensions normales. Eh bien! chez les dyspeptiques hypersthéniques chroniques sans lésion de la muqueuse gastrique, il existe

seulement de la distension, et l'organe est susceptible de revenir sur lui-même dans l'intervalle des crises, lorsqu'il s'en produit, et le retour aux dimensions normales est la règle quand un traitement bien ordonné a eu raison des accidents. J'ai donc le droit d'affirmer que la distension a été trop souvent confondue avec la dilatation au plus grand dommage du malade, attendu que cette théorie de la dilatation, considérée comme règle dans le plus grand nombre des maladies de l'estomac, a servi de base à toute une thérapeutique qui n'est pas sans inconvénient.

D'ailleurs, s'il y avait dilatation véritable de l'estomac chez ces malades, on aurait à constater l'atrophie des couches musculaires ; or, c'est justement le contraire qui se produit, et toute autopsie d'un malade mort au cours d'une dyspepsie hypersthénique chronique montre les couches musculaires hypertrophiées. On ne saurait mieux comparer l'état de ces malades qu'à celui des cardiaques qui sont encore à la période de compensation.

Mais, naturellement, ce ne peut être impunément qu'un organe est soumis perpétuellement à des troubles fonctionnels aussi accentués ; la présence permanente de l'acide chlorhydrique dans l'estomac amène au bout d'un certain temps la gastrite catarrhale chronique et même l'ulcère simple de l'estomac. L'hypersthénie permanente est donc une maladie grave, non-seulement en raison de l'importance des symptômes qui lui appartiennent en propre, mais aussi par les craintes qu'elle provoque sur les suites possibles de l'affection.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De l'action diurétique du Sambucus nigra (Sureau)

Par le Dr G. Lemoine,
Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille.

I

De tous les temps le sureau a été employé en médecine : Théophraste le mentionne dans son : *Histoire des Plantes*, il est préconisé par Pline l'Ancien, par Dioscoride et plus tard par Sydenham et Bœrhaave.

Desbois de Rochefort le conseille comme un puissant hydragogue en raison de ses propriétés émétiques, purgatives et surtout diurétiques. Il reste ensuite plongé dans l'oubli pendant plus d'un siècle.

Vers 1830, Martin Solon appelle de nouveau l'attention sur ce médicament dans une note parue dans le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*, et apporte plusieurs observations d'ascite guérie par la racine fraîche du *Sambuccus nigra.* Jusqu'alors l'écorce, les feuilles, les fleurs de cet arbuste avaient seules été employées : Sydenham vantait la décoction du liber du sureau, Bœrhaave et Desbois de Rochefort conseillaient le suc de la tige.

Le premier Martin Solon, reconnut les remarquables propriétés de la seconde écorce.

Depuis lors, la littérature médicale ne contient plus rien.

En 1888, ayant à soigner une femme atteinte d'un anasarque généralisé, d'œdème pulmonaire et d'ascite occasionné par une néphrite subaiguë, et ne réussissant pas à améliorer sa situation par l'emploi des méthodes ordinairement en usage dans ce cas, j'eus l'idée de lui faire prendre

une infusion d'écorces de sureau. J'ignorais à ce moment que Martin Solon avait déjà agi de la même manière, et je croyais simplement imiter un procédé très employé par les paysans du centre de la France dans le traitement de l'hydropysie. Le résultat que j'obtins fut remarquable, les urines qui étaient à peu près nulles montèrent le premier jour à 400 grammes, le lendemain à 1,500, et atteignirent la quantité de 3,500 au bout de sept jours de traitement.

Depuis lors, j'eus l'occasion de me servir de l'infusion d'écorces de sureau dans un assez grand nombre de cas, principalement pour de l'œdème ou de l'ascite consécutifs à des affections du cœur ou des reins, et presque toujours je vis le taux des urines augmenter sous son influence.

A ma demande mon collègue, le professeur Combemale, alors Directeur du laboratoire des cliniques de la Faculté, voulut bien rechercher l'action de la seconde écorce du sureau sur les animaux, et consigna ses observations dans une note qu'il présenta à la Société de Biologie le 30 novembre 1889, et dont voici les conclusions :

1° Le produit était employé sous forme de macération ou de décoction aqueuse forte, avec de l'écorce fraîche, et administrée par la voie gastrique à des chiens ou à des cobayes.

2° La décoction faite avec l'écorce de sureau prise en bloc produit de la polyurie, mais il faut pour cela en employer 9 à 10 grammes par kilogramme d'animal.

3° La première écorce seule produit aussi de la polyurie, mais il faut des doses plus considérables.

4° La polyurie s'obtient surtout avec la macération de la seconde écorce, 3 grammes suffisent pour cela; mais on peut amener aussi des vomissements et de la diarrhée. Avec la décoction la dose nécessaire est un peu plus élevée, 4 grammes environ.

A la suite de la communication de M. Combemale, une note de moi sur le même sujet était lue par M. Gley.

Je me contentais presque toujours de faire prendre aux malades une macération ou une décoction faite avec 20 à 30 grammes de seconde écorce pour un litre d'eau, et toujours j'ai obtenu des effets diurétiques satisfaisants.

Dans sa communication au *Bulletin de Thérapeutique*, Martin Solon dit qu'il administrait aux malades qu'il a guéris d'une ascite considérable, 60 grammes d'écorces en décoction dans du vin blanc, et voici comment il raconte les effets produits sur le malade qui fait l'objet de l'observation I :

« Il éprouva, dit-il, une demi-heure après l'absorption, quelques nausées, des vomissements séreux mêlés d'une certaine quantité de bile, plusieurs garde-robes séreuses plus abondantes qui commencèrent deux heures après et se terminèrent six heures après, sans avoir occasionné de coliques, ni de douleurs; toutefois, dans ce cas, la sécrétion urinaire n'augmenta pas. »

Dans l'observation II, il raconte qu'après avoir essayé vainement de la digitale, du nitrate de potasse, du Caïnça, le sureau lui donna un succès inespéré.

Jusqu'en 1894, j'employais encore la décoction, mais dans les recherches que je renouvelais alors je me suis servi d'un extrait sirupeux préparé par un de mes élèves, le Dr Mayeur; la dose était pour tous nos malades de 10 à 15 grammes par jour. Le médicament étant titré de telle façon que 10 grammes de sureau étaient l'équivalent de 10 grammes d'écorces.

On voit que cette faible quantité ne devait pas produire les effets que Martin Solon relate dans sa communication où il nous dit que « une livre à peu près de sérosité incolore fut vomie en plusieurs fois; des garde-robes séreuses abondantes et une évacuation copieuse d'urine eurent lieu

douze heures après l'injection du médicament. Le malade avait rendu en tout 13 livres de liquide. »

Avec le sirop de sureau je n'ai du reste jamais obtenu d'aussi bons résultats qu'avec la macération, bien que ce sirop ait été préparé avec beaucoup de soins avec la seconde écorce. L'action diurétique était lente à se produire et n'atteignait jamais la même énergie que dans les précédentes séries d'expériences, même quand on avait soin de faire boire abondamment les malades. De plus, ce sirop s'altérait au bout d'un certain temps et devenait hors d'usage.

Il est certain que le mieux serait de pouvoir extraire de cette seconde écorce un alcaloïde ou un glucoside qui pourrait servir de base à des préparations pharmaceutiques toujours identiques à elles-mêmes. Peut-être réussira-t-on un jour à isoler ce corps, mais jusqu'à présent toutes les tentatives faites dans cette direction ont échoué, soient qu'elles n'aient pas été poussées assez loin, soit qu'il n'existe pas. Mais on a constaté dans cette écorce la présence d'une assez grande quantité de substances, en particulier de l'acide valérianique, des corps gras, de l'acide tannique, des sels de potasse, etc.

Martin Solon et ses imitateurs avaient peu à peu substitué à la décoction un suc préparé avec l'écorce ou la racine, et Lalesque avait encore perfectionné le produit en préparant avec le suc un extrait assez consistant pour pouvoir être incorporé dans des pilules.

Mes dernières recherches sur l'action diurétique du sureau ont été faites avec un extrait fluide alcoolique obtenu par un procédé spécial, avec la seconde écorce du Sambucus Nigra, récoltée avant la floraison, et qui a été préparé sur ma demande par un chimiste distingué de Lille, M. L. Bruneau, très au courant de ce genre de préparations. J'avais d'abord donné à cet extrait fluide le nom de Sambucine, et c'est ainsi qu'il est désigné dans la thèse de

mon élève Lecocq (*Essai sur les effets diurétiques de la Sambucine*. Lille 1895) ; mais depuis, craignant que la désinence de ce mot ne fît songer à un alcaloïde ou à un glucoside, je lui ai substitué celui de *Sambucium* qui a du moins le mérite de ne rien préférer de sa nature.

C'est avec ce produit qu'ont été faites toutes les recherches cliniques et expérimentales dont il me reste à parler.

II

Le sureau a surtout été préconisé dans l'anasarque et l'ascite, et quelle que soit la cause de l'hydropisie rénale, hépatique ou cardiaque, il donne presque toujours des résultats.

Martin Solon publia en 1832 deux cas de guérison d'ascite par le suc d'écorce de racine, et successivement des observations semblables furent recueillies par Bonnet, Hospital (1833), Bergé, Mallet, (1834), Réveillé-Parise (1836) au nombre de dix, toutes très concluantes; puis d'autres encore jusqu'en 1849. Aussi Réveillé-Parise, concluait-il que le suc de racine de sureau est l'un des meilleurs hydrogogues que nous puissions employer. Malgré cela, le sureau tomba dans l'oubli et ne fut plus employé que par quelques praticiens de campagne qui obéissaient plutôt à des coutumes locales qu'à des théories scientifiques. Et pourtant c'est un médicament dont les bons effets sont tels qu'il serait utile de le réhabiliter.

La première fois que j'eus l'occasion de m'en servir, c'était dans un cas d'anasarque généralisé avec ascite et hydrothorax consécutifs à une congestion rénale chez une femme depuis longtemps brightique. L'œdème s'était rapidement montré, en quelques jours : l'albumine était abondante ; la dyspnée et la gêne du cœur étaient telles que la mort par asphyxie était à craindre. A ce moment je ces-

sais l'emploi des diverses médications diurétiques qui avaient été employées jusque-là pour les remplacer par une décoction de sureau. Dès le premier jour des selles abondantes apparurent et se continuèrent les jours suivants en même temps que le taux des urines s'élevait peu à peu. En moins de dix jours l'anasarque disparaissait et la congestion rénale ayant cessé, le malade revenait à un complet état de santé.

Depuis lors le nombre des cas où j'ai pu constater les bons effets du sureau est allé en croissant. Il me paraît inutile de les citer tous, et je me contenterai de reproduire une des observations relatées dans la thèse de mon élève Lecocq :

M..., Alfred, 27 ans, cocher, entre à l'hôpital le 28 novembre pour les douleurs de ventre et la jaunisse.

Ses antécédents héréditaires sont nuls ; toutefois, son père est rhumatisant, sa mère est sujette à la migraine.

Antécédents personnels. — Pas de maladies antérieures. L'an passé, il a fait un séjour de quinze jours à l'hôpital pour des vomissements de sang. A ce moment, il toussait beaucoup, avait la fièvre, des sueurs nocturnes. Depuis lors, il a maigri beaucoup, a perdu ses forces et tousse toujours un peu, mais il n'a plus eu d'hémoptisies. Pas de rhumatisme, pas de migraine.

Histoire de la maladie. — Lundi, vers 7 heures du soir, sans qu'il y ait eu excès de boisson dans la journée (le malade n'est d'ailleurs pas alcoolique), il fut pris subitement de douleurs au creux épigastrique et dans l'hypocondre droit, douleurs qui s'irradiaient surtout dans l'épaule droite et le bras droit. Ces douleurs n'ont pas présenté l'intensité des coliques hépatiques ordinaires, elles ne sont pas survenues après le repas. Il n'a pas eu de vomissements, mais de fréquentes nausées. Il dit avoir eu de la fièvre. Les douleurs

ont diminué peu à peu, actuellement la sensibilité au toucher subsiste seule. L'ictère est apparu mercredi.

Actuellement, on remarque de la teinte subictérique des conjonctives, la face inférieure de la langue est jaunâtre, le corps est pigmenté. Pas de démangeaisons. L'appétit a disparu, les selles n'ont pas été remarquées. Foie un peu gros, dépasse légèrement les fausses côtes ; il est douloureux à la palpation et à la percussion. Il n'y a au cœur ni souffle mitral ni souffle tricuspidien. Le pouls est dicrote, on ne compte que 60 pulsations à la minute. Les urines sont très colorées.

Dès son arrivée, on donne au malade un bocal pour conserver ses urines. Le médicament est administré le 29.

29 novembre	250	grammes.
30 —	1,500	—
1er décembre.........	1,000	—
2 —	2,000	—
3 —	2,500	—
4 —	2,500	—
5 —	3,500	—
6 —	3,400	—
7 —	3,800	—
8 —	3,200	—
9 —	3,500	—

La courbe de ce malade est l'une des plus intéressantes de ce travail.

La quantité d'urine qui, à l'arrivée de M..., n'est que 250 grammes, monte dès le lendemain, après l'administration de 15 grammes de Sambucinm, à 1,500 grammes. Après une chute de 500 grammes, elle remonte à 2,500 et s'élève progressivement en neuf jours jusqu'à 3,800.

La courbe ne peut pas être continuée plus longtemps ; le malade, peu docile, descend au fumoir et ne recueille plus avec soin ses urines. Il quitte, du reste, l'hôpital le 15 décembre.

L'observation que nous venons de citer a trait à un malade qui ne présentait ni œdème, ni ascite ; nous l'avons choisi exprès pour montrer que l'action diurétique du sureau s'exerce alors même qu'aucun épanchement pathologique n'existe. Elle s'exerce, du reste, sur l'homme sain. En voici un exemple :

Marm..., 34 ans, ouvrier de filature, atteint d'une congestion pulmonaire grippale, est conservé dans le service une fois qu'il est complètement guéri, et soumis à l'action du *Sambucium*. C'est un homme intelligent qui s'est prêté de bonne grâce à l'expérience. Son régime, aliments et boissons, a été maintenu strictement le même avant et pendant l'administration du médicament.

Pendant huit jours, les urines de vingt-quatre heures sont respectivement de :

1er jour................	1,700 grammes.
2e —	1,750 —
3e —	1,500 —
4e —	1,650 —
5e —	1,400 —
6e —	1,600 —
7e —	1,600 —
8e —	1,550 —

On donne alors 15 grammes de Sambucium chaque jour 3 fois. Les urines augmentent aussitôt :

9e jour................	1,700 grammes.
10e —	1,900 —
11e —	2,300 —
12e —	2,100 —
13e —	2,550 —
14e —	2,400 —
15e —	2,600 —
16e —	2,450 —

L'augmentation de taux journalier des urines est donc régulière et très sensible chez l'homme sain.

L'action diurétique du sureau se manifeste dans presque tous les cas pathologiques où on est amené à l'employer. Nous l'avons constatée dans les néphrites, les cardiopathies, les affections du foie. Tantôt le sureau est employé seul, tantôt en alternant avec une autre médication diurétique, la digitale ou la caféine, par exemple. Il sert à entretenir et à prolonger les effets, et, par son action directe sur les reins, il vient aider leur action sur le cœur.

Son action est souvent impuissante à lutter contre les œdèmes énormes qui accompagnent l'asystolie. Cependant, je l'ai vu réussir dans un cas de ce genre où les médicaments cardiaques avaient échoué, chez une vieille femme atteinte de myocardite avec ascite et œdèmes multiples. Mais quand la digitale ou la caféine ont heureusement commencé l'augmentation de la diurèse, le Sambucium est parfait pour entretenir cette dernière à un taux élevé.

Le sureau ne me paraît pas présenter de contre-indications sérieuses. Donné alors même qu'il y a de l'albuminurie, il ne l'augmente pas et n'exerce certainement à la dose thérapeutique aucune action congestive sur les reins. Son seul inconvénient est peut-être de donner de la diarrhée ou plutôt de l'augmenter quand elle existe déjà, car une légère diarrhée est plutôt utile pour aider à l'évacuation des œdèmes. Jamais il n'exerce d'action fâcheuse sur le cœur ni sur le cerveau ; il ne paraît, du reste, pas s'accumuler dans l'économie, même quand les reins et le foie sont malades et, par conséquent, peu perméables.

Dans ses expériences M. Combemale avait noté que la seconde écorce du sureau exerçait une forte action diurétique sur les animaux auxquels on en faisait ingérer.

Les mêmes essais furent répétés par mon élève Lecocq

avec le *Sambucium* préparé par M. L. Bruneau, et donnèrent les mêmes résultats. Voici une de ces expériences.

Un chien du poids de 5 kilogrammes, enfermé dans une cage spéciale, est resté trois jours au régime ordinaire des chiens du laboratoire et buvant à son gré. Le liquide absorbé était noté chaque jour et les urines mesurées. Il a bu pendant ces trois premiers jours 40 grammes, puis 45 et enfin 30 grammes d'eau, l'urine émise a été de 60 grammes puis 20 et enfin 50 grammes. Nous lui avons alors entonné chaque jour 5 grammes de *Sambucium*, la quantité d'urine est montée à 125 grammes. Mais toutefois la quantité de liquide absorbé a été de 70 grammes, il urina les jours suivants 150 grammes, 120 grammes, 160 grammes: le cinquième jour, il but 90 grammes d'eau, le sixième jour suppression totale de l'eau et on voit quand même l'urine monter à 120 grammes: le septième jour 160 grammes d'urine, le chien avait été rationné à 50 grammes d'eau.

Pour montrer le peu de relations existant entre la quantité de liquide absorbé et celle d'urine émise, nous mettons dans un petit tableau le volume de l'eau absorbée en regard du volume d'urine :

	Eau.	Urine.
	—	—
1er jour..	40 gr.	60
2e — ..	45 —	40
3e — ..	30 —	50
4e — ..	70 — (Sambucium 5 gr.)	125
5e — ..	90 —	150
6e — ..	Suppression de l'eau.	120
7e — ..	Ration de 50 gr. d'eau.	160

Pendant toute la durée de nos expériences, les effets diurétiques ont été obtenus sans aucun malaise par de petites doses de Sambucium.

La dose employée dans le cas présent, n'était que de 5 grammes pour un chien de cinq kilogrammes.

Des expériences faites dans le laboratoire de M. le pro-professeur Werthcimer ont montré que 15 grammes injectés dans l'intestin d'un chien, provoquaient chez celui-ci, des accidents bulbaires et le type respiratoire de Cheyne Stockes, avec abaissement de la température et du pouls.

M. le professeur Combemale, qui dans sa communication à la Société de Biologie en 1889, a fait connaître les résultats obtenus par ses essais comparatifs sur la première et la deuxième écorce de sureau, fait remarquer la coïncidence de l'abaissement de température et du ralentissement du pouls et de la respiration.

On pourrait peut être attribuer à des accidents du côté de l'encéphale la mort d'un cobaye, qu'il raconte ainsi :

« On injecte, dit-il sous la peau d'un cobaye un extrait préparé à chaud jusqu'à consistance sirupeuse avec la décoction d'écorce entière de sureau.

La dose injectée représente 12 grammes d'écorce par kilogramme du poids de l'animal. Sans qu'il y ait eu de polyurie bien apparente et des symptômes immédiats bien marqués, l'animal est trouvé mort vingt-quatre heures après l'injection.

Jamais de pareils faits n'ont été observés dans les essais cliniques et aucun malade n'a présenté de troubles respiratoires ou cardiaques. Peut-être ceux-ci surviendraient-ils avec des doses massives, mais ils ne sont pas à craindre avec les doses thérapeutiques. Aussi peut-on conclure de ce travail que le sureau est un excellent diurétique et qu'il a le mérite de n'exercer aucune action fâcheuse sur les divers appareils de l'économie.

REVUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical des maladies du foie et des voies biliaires.

Par le Dr A. Bolognesi

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de la Faculté de médecine.

(Deuxième article)

(Suite.)

Manuel opératoire. — Le malade est placé dans le décubitus latéral gauche; on choisit soit la côte, soit l'espace intercostal; en effet, Maunoury n'a pas fait de résection costale en raison de l'écartement des espaces intercostaux et a pu mener à bien son opération. Tous les autres opérateurs ont fait la résection costale; elle a l'avantage de donner de l'espace; puis, la poche ouverte, les côtes peuvent se rapprocher, se toucher, fermer l'ouverture kystique et empêcher le drainage. La résection est donc préférable, sans qu'il soit plus avantageux cependant de faire plusieurs résections costales comme Genzmer, il suffira de réséquer deux côtes au maximum, le plus souvent une seule côte, mais laquelle ? (Potherat.)

Normalement le foie remonte jusqu'au bord inférieur de la cinquième côte, mais le kyste peut remonter jusqu'à la troisième, la deuxième, même la première. On peut donc inciser à des hauteurs variables et être assuré de tomber sur le kyste. Bœckel a choisi la huitième côte, Segond la neuvième; l'un et l'autre ont réséqué la partie moyenne de la côte sur une étendue de six centimètres (Bœckel), neuf à douze centimètres (Segond). On incise alors le périoste de la face interne, puis le feuillet séreux.

Segond a pu constater plusieurs fois que l'absence d'adhérences ne doit pas faire craindre le pneumothorax. Pour prévenir cette complication, il s'est .toujours contenté de faire déprimer la paroi thoracique par la main d'un aide placée à plat au-dessus de l'incision pendant la traversée pleurale; puis, le diaphragme incisé, les lèvres de son incision doivent être éversées en dehors et maintenues dans cette position jusqu'au moment où la mise en place des sutures permet d'assurer définitivement le contact des feuillets pleuraux. Enfin on termine l'opération par l'évacuation du kyste qu'on ouvre, lave et draine comme dans toute autre région.

Le traitement vraiment chirurgical des kystes hydatiques du foie, c'est l'incision directe en un seul temps. Cette incision directe se pratique par trois voies :

La voie abdominale antérieure, la voie transpleurale et la voie lombaire. La voie abdominale (laparotomie médiane ou latérale) doit être réservée aux kystes antéro-inférieurs et aux kystes antéro-supérieurs. En la combinant à la résection du bord thoracique, elle peut conduire sur les kystes sous-diaphragmatiques lorsqu'ils ne sont pas trop profondément situés. La voie transpleurale avec résection costale est le meilleur chemin pour atteindre les kystes sous-diaphragmatiques profondément situés. La voie lombaire présente les mêmes avantages pour les kystes postéro-inférieurs.

L'incision simple sans résection des parois kystiques est seule possible pour les kystes postéro-supérieurs et les kystes postéro-inférieurs traités par voie transpleurale ou par voie lombaire. On doit s'en contenter aussi pour les kystes antéro-inférieurs lorsqu'ils sont adhérents, et pour les kystes antéro-supérieurs lorsque les adhérences, la friabilité du kyste ou l'épaisseur de la couche hépatique d'enveloppement défendent la résection.

L'incision, combinée à l'excision partielle des parois, convient uniquement aux kystes traités par la laparotomie; on en trouvera donc seulement l'indication dans les kystes antéro-inférieurs et dans les kystes antéro-supérieurs. L'incision suivie de l'ablation presque totale de la poche, avec formation d'un pédicule, est exclusivement applicable aux kystes antéro-inférieurs qui se pédiculisent pour se développer dans l'intérieur de la cavité abdominale. Quant à l'énucléation du kyste, elle est très exceptionnellement indiquée.

Dans les cas où l'on a affaire à ces masses de petits kystes agglomérés, il est peut-être indiqué, dit Segond, de suivre la pratique de Loreta ou de Terrillon et de réséquer le segment du foie envahi par la dégénérescence kystique. On aurait alors recours de préférence au procédé opératoire employé par Terrillon, c'est-à-dire au traitement extrapéritonéal avec ligature élastique du pédicule. Donc, les masses multiloculaires, constituées par l'agglomération d'un nombre plus ou moins considérable de petits kystes, paraissent justiciables de l'intervention chirurgicale immédiate, par résection du segment hépatique (hépatectomie proprement dite).

Traitement de l'hépatoptose ou foie mobile. Hépatopexie. — Le foie flottant ou foie mobile est une affection rare. Lorsque les troubles symptomatiques de l'hépatoptose disparaissent par la réduction et l'immobilisation de l'organe à l'aide d'une ceinture abdominale, il n'y a pas lieu d'intervenir. L'indication opératoire s'impose dans le cas contraire. Plusieurs cas peuvent se présenter : on peut avoir affaire soit à un lobule flottant, soit à un lobe mobile, soit à la mobilité de la totalité de l'organe.

Les chirurgiens qui ont opéré en cas de lobule flottant ont eu recours, soit à la fixation de la portion d'organe

mobile, soit à sa résection, soit encore à l'influence curative indirecte d'une cholecystotomie.

La fixation des lobules flottants a été faite pour la première fois par Ritter von Acker, de Vienne, et par Tscherning, de Copenhague. Lorsqu'il n'existe aucune lésion concomitante de la vésicule biliaire, cette hépatopexie partielle est l'opération de choix. Par contre, si la vésicule est distendue, la fixation devient une complication opératoire inutile, la cholecystotomie suffisant à provoquer la regression du lobule hypertrophié et flottant (Riedel, Terrier, Segond). L'ablation du lobule, à moins de pédiculisation très accusée, n'est nullement indiquée (Segond).

Hépatopexie partielle. Opération de Billroth. — Cette opération a été pratiquée deux fois par Langenbuch, le lobe droit du foie étant seul en cause. Dans le premier cas, le diagnostic ayant été vérifié par la laparotomie médiane, Langenbuch fit une incision horizontale de la paroi abdominale parallèlement au bord inférieur du foie replacé; puis il fixa le lobe droit par des sutures de fil de soie qui traversaient les parties les plus épaisses du foie et les couches musculaires de la paroi abdominale. Le côlon fut également fixé à la paroi. Six semaines plus tard le malade se levait et les accidents ne reparaissaient plus. Dans sa seconde opération, Langenbuch suivit une technique un peu différente. Il fit une incision horizontale le long du rebord des fausses côtes et fixa le foie, non plus à la paroi, mais aux cartilages costaux, par huit points de fil de soie qui traversaient toute l'épaisseur de la glande et les cartilages correspondants. Cette malade qui, antérieurement, avait subi une néphropexie du rein droit, fut complètement guérie par sa deuxième opération.

Hépatopexie totale. Opération de Gérard-Marchant. — Cette opération est beaucoup plus complète, car elle a porté sur le foie mobile en totalité.

On peut faire une incision verticale le long du bord externe du muscle droit, à partir des cartilages costaux. Il est préférable de faire une incision longeant le rebord costal droit, c'est-à-dire le point où l'on doit fixer le foie. Le ventre étant ouvert, on réduit le foie à sa place dans l'hypochondre droit, et on l'y fait maintenir par la main d'un aide.

Quatre fils de soie traverseront de part en part le foie à deux ou trois centimètres environ de son bord tranchant. Les chefs inférieurs des fils seront conduits à travers la lèvre inférieure de l'incision abdominale, les supérieurs dans l'épaisseur des cartilages costaux, puis de la paroi. On les nouera et on fermera le ventre.

Chez l'opérée de Gérard-Marchant, le foie resta fixé et la guérison fut définitive.

L'hépatopexie, lorsqu'elle est indiquée, est une excellente opération.

Traitement chirurgical des tumeurs du foie. — L'heure n'est certes pas venue, dit le docteur Segond dans le traité de chirurgie, de compter la guérison des tumeurs du foie au nombre des triomphes assurés de la chirurgie abdominale, et j'ai grand peur qu'elle ne sonne de longtemps. Toutefois, durant ces dernières années, la possibilité, sinon l'utilité de la résection des tumeurs du foie proprement dites, a été démontrée par un certain nombre de recherches expérimentales et de réussites opératoires dignes d'attention.

Les résultats expérimentaux obtenus par Ponfick (de Breslau), Grimm et Glück (de Berlin) sont intéressants. Sur le lapin, Ponfick a réséqué le quart, la moitié et même les trois quarts du foie. La résection du quart du foie n'a pas eu de conséquence grave, aucun des lapins n'a succombé. La résection de la moitié de la glande s'est naturellement montrée plus sérieuse et cependant la plupart des lapins ont encore survécu. Enfin la léthalité s'est

accrue avec l'étendue de la résection. Mais, résultat curieux, douze lapins ont survécu à la suppression des trois quarts de leur foie. Grimm et Glück ont confirmé ces premières assertions de Ponfick en déclarant à leur tour que sur des lapins dont le foie pèse de 30 à 50 grammes, on peut enlever sans danger 6, 10 et 15 grammes de tissu hépatique suivant la taille (il s'agit toujours des lapins). Les deux mêmes observateurs ont ajouté qu'un lapin privé des deux tiers de son foie succombe fatalement dans les cinq jours.

Dans une deuxième série d'expériences, Ponfick s'est attaché à démontrer qu'après résection le tissu hépatique est susceptible de régénération même rapide.

Sur un lapin dont il avait réséqué les trois quarts du foie, il aurait trouvé au bout de peu de temps un foie plus gros qu'avant. Sans trop nous arrêter, ajoute Segond, sur cette régénération vraiment prodigieuse et faite en grande partie, j'imagine, d'hypertrophie congestive et compensatrice, il est certain que ces vérifications expérimentales ont leur intérêt et méritent d'être poursuivies. Il ne faut pas cependant en exagérer la portée ; conclure du lapin à l'homme restera toujours démonstration bien détournée, et s'il fallait trouver à l'innocuité de l'*hépatectomie partielle* des preuves positives, on les trouverait beaucoup mieux soit dans les succès opératoires que la résection du foie a donnés de tout temps en cas de plaies pénétrantes compliquées par la hernie d'un morceau de viscère, soit encore dans les résultats que donne maintenant l'incision des kystes avec excision de leur couche hépatique d'enveloppe. Comme nous l'avons vu plus haut, Langenbuch a réséqué un lobule flottant du foie; Loreta et Terrillon ont excisé des morceaux de foie bourrés de petits kystes. Mais ce ne sont point là des néoplasmes, et les faits qui peuvent permettre d'apprécier l'état actuel de la chirurgie des tumeurs du foie sont peu nombreux.

L'ablation des *lipomes* et des *fibrolipomes* est parfaitement justifiée. L'*angiome* du foie est justiciable de l'ablation, surtout quand il appartient à la variété encapsulée; mais les angiomes du foie presque toujours peu volumineux n'engendrent pas le moindre trouble fonctionnel et demeurent latents pendant toute la durée de leur existence; même très volumineux, ils peuvent évoluer sans éveiller aucun symptôme qui soit de nature à justifier une intervention.

Le *sarcome* primitif est exceptionnel et entraîne les mêmes désordres que le carcinome et, par conséquent, il est à craindre qu'il échappe toujours à l'intervention chirurgicale.

Quant au cancer primitif du foie, d'après Segond, il ne tirera probablement pas grand bénéfice des progrès de la chirurgie hépatique; il est bon de rappeler cependant que certains chirurgiens ont enlevé parfois avec succès des cancers du foie. C. Jacobs, de Bruxelles, a eu un beau succès opératoire, mais la récidive était réalisée au bout de sept mois. Hochenegg a fait la laparotomie dans un cas présumé de cancer intestinal; il a trouvé un cancer de la vésicule propagé au foie et réséqué avec succès la portion de foie infiltrée en même temps que la vésicule; dix-huit mois après il n'y avait pas encore de récidive. Lucke, chez une femme de trente-un ans, a réséqué une partie du lobe gauche du foie farci de noyaux cancéreux et réuni au reste de l'organe par un pédicule assez volumineux permettant d'amener facilement la masse au dehors. Il a eu recours à la ligature élastique et le trentième jour la cicatrisation était complète.

On se souviendra, au point de vue du manuel opératoire de ces résections hépatiques, que l'écueil principal provient de l'hémorrhagie.

Bien que la résection suivie d'hépatorrhaphie avec réduc-

tion de la suture ait donné quelques beaux succès, il semble prudent d'adopter, comme procédé général, la ligature élastique avec traitement extra-péritonéal du pédicule. Terrillon et Lucke n'ont eu qu'à se louer de cette manière de faire. Ils ont tous deux noté la modification rapide de la portion de foie pédiculisée et fixée au dehors, Terrillon l'a réséquée le septième jour et Lucke le sixième. Dans l'article suivant, nous commencerons la chirurgie des voies biliaires.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Dr Auvard,
Accoucheur des hôpitaux, ex-professeur adjoint à la Maternité

Mon cher confrère,

J'ai lu avec intérêt votre travail sur les injections vaginales et rectales, sujet que vous traitez avec beauceup de compétence et de clarté. Précisément j'avais l'intention de publier un jour ou l'autre, une note concernant la meilleure manière de pratiquer les injectiens vaginales afin de réaliser le maximum possible d'asepsie et d'antisepsie, car j'avais remarqué combien peu de gardes et de sage-femmes savent exécuter cette petite epération qui est cependant tout à fait de leur ressert; les médecins ne dennent pas teujours, du reste, à cette pratique toute l'attention qu'elle mérite. Quoi qu'il en soit, l'injection *par distension du vagin* n'est guère empleyée.

J'avais principalement en vue les injectiens vaginales données pendant les jeurs qui précèdent l'accouchement, dans cette période où il est d'autant plus urgent de désinfecter le vagin que la tendance actuelle est de réduire au minimum le nombre des injections pendant les suites de couches.

Or, la prepreté du conduit vaginal ne peut être ebtenue

que si le liquide en distend et en déplisse complètement les parois ; c'est ce but que semble réaliser efficacement la *canule régulatrice* décrite par vous.

Mais il peut arriver que l'on ne soit pas en possession de cette canule spéciale, pour une raison ou pour une autre — raison d'économie, par exemple. — Je crois donc utile de dire qu'au moins pour certaines injections, celles qui n'exigent pas une température élevée, on peut se passer de cet instrument, les choses les plus simples méritant souvent d'être vulgarisées. Il suffit, après avoir introduit une canule ordinaire de verre, amorcée, d'introduire parallèlement l'index (aseptisé) seulement assez pour boucher l'orifice vaginal ; puis on fait couler l'eau du récipient jusqu'à ce que le conduit soit bien plein (il faut de un demi-litre à un litre de liquide) ; on retire alors partiellement le doigt et on règle ainsi le débit de retour. Si l'on ne voulait pas introduire le doigt, on arriverait encore au même résultat en appliquant avec les doigts les grandes lèvres autour de la canule mise en place, puis en diminuant un peu la surface de contact, une fois la distension du vagin obtenue.

Est-il nécessaire d'ajouter — pour certaines sage-femmes — que ces procédés, le votre et le mien, ne doivent jamais être employés après l'accouchement et tant que l'utérus est perméable.

En terminant, j'exprimerai le regret que la figure 9 de votre travail représente la cavité vaginale comme une *poire ;* j'aurais aimé qu'on lui donnât la forme d'une *pomme*, car sous l'influence d'une distension suffisante, le conduit prend, au-delà de l'anneau, la forme d'une sphère creuse (la vessie et l'ampoule rectale étant vidées), ainsi que j'ai pu m'en assurer par le *procédé du doigt*.

Agréez, etc.

A. DE CRÉSANTIGNES,
Membre de la Société de thérapeutique, etc.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Contribution à la thérapeutique des rétrécissements urétraux.

Par le Dr A. Tripier.

Dans un retour sur le traitement voltaïque des rétrécissements urétraux (Voltaïsation urétrale, Chimicaustie, Électrolyse, Myolèthe, *Revue internat. d'électrothérapie*, 1891), j'ai eu l'occasion d'insister sur la variété possible des mécanismes curatifs qu'on pouvait à première vue rattacher à un même procédé, ou, plus exactement, à une même manœuvre apparente, et sur la difficulté qui en résultait dans l'interprétation des résultats cliniques. Plus récemment, ayant à reprendre cette question à propos du traitement des fibromes utérins (La voltaïsation utérine. Chimicaustie et électrolyse dans le traitement des fibromes, *Revue gén. des sciences pures et appliquées*, 1894), j'ai montré qu'il était déjà moins difficile d'y faire la part des effets *résolutifs*.

Or la résolution des exsudats, protoplasmiques ou figurés, a été déjà demandée à des médications générales dites altérantes, et surtout, et cela de tout temps, à des applications topiques, auxquelles les ressources électrothérapiques ne doivent pas conduire à renoncer sans examen. L'introduction, dans la thérapeutique, des injections hypodermiques a montré que la valeur des médications locales pouvait être très supérieure à celle qu'il avait été permis de leur attribuer jusque-là. Aussi, m'étant attaché, depuis quelques années déjà, à la préparation de topiques intra-utérins, employai-je ceux-ci, lorsque j'en eus réalisé un type satisfaisant, au traitement résolutif des fibromes (Une nouvelle classe de topiques intra-utérins; traitement des fibromes interstitiels, *Bull. de thérapeutique méd. et chirurg.*, 1878. — Cure médicale des

fibromes utérins; examen comparatif des méthodes et procédés usuels. *Société d'électrothérapie*, 1895).

Les bons effets que je retirai de cette médication dans le traitement des fibromes utérins me conduisirent à essayer les suppositoires iodurés contre les hypertrophies prostatiques (La thérapeutique des hypertrophies prostatiques, *Bull. gén. de thérap. méd. et chirurg.*, 1884), et je n'eus pas moins à m'en louer.

Le même mode de traitement ne devait-il pas dès lors être applicable aux hyperplasies conjonctives périurétrales ? C'était à voir; et mes préparations savonneuses iodurées devaient se prêter fort bien à cet essai si elles étaient aisément tolérées.

C'est ce qui a lieu : le malade venant d'uriner, l'injection est pratiquée; les mictions de la journée sont un peu cuisantes; celles du lendemain sont tout à fait indolores. L'injection se fait avec le premier modèle de ma sonde utérine à piston, qui ne portait pas encore la baguo-repère que j'y ai ajoutée depuis, sur le conseil de M. Tarnier. Quant à la masse à injecter, il y a lieu de la réduire de un centimètre cube à la moitié ou au tiers pour ne pas en envoyer dans la vessie. Je fais ces injections tous les deux jours pour les trois premières, tous les trois jours pendant la quinzaine suivante, toutes les semaines ensuite.

N'ayant pas encore eu à appliquer cette méthode chez des malades vierges de traitement, je ne saurais fournir des observations avec mesure des modifications du calibre urétral. Les sujets sur lesquels j'ai opéré avaient ou croyaient avoir à se plaindre du cathétérisme, qui leur avait été exceptionnellement douloureux et les avait inquiétés en déterminant des écoulements sanguins; aussi n'ai-je pas cru devoir le répéter avant de faire la voie avec mes injections pâteuses. Dans tous les cas où j'ai eu l'occasion de les pratiquer, la miction est devenue un peu plus facile d'abord, beaucoup plus facile au bout d'un ou deux septenaires.

La sonde-seringue à embout ovalaire allongé qui me sert à faire ces injections est d'un calibre extérieur de 6 millimètres de diamètre. Lorsque son bec arrive aisément à la vessie, — auquel cas il convient de la retirer de quelques centimètres pour faire l'injection, — on peut considérer comme acquis, au moins pour un temps assez long, un résultat important obtenu sans peine. Je n'ai pas poursuivi au delà, chez des malades dont la plupart d'ailleurs cessaient de venir, des observations dont, en l'absence d'une mensuration au début, j'avais tiré tout ce qu'elles avaient à m'apprendre.

Un dernier point à noter a trait à la consistance des injections. On sait que celles-ci sont d'une pâte savonneuse iodurée au dixième, quelquefois jusqu'au cinquième. Chez moi, je prépare cette pâte au bain-marie, à une température de 40 à 50 degrés, et l'aspire dans des moules de verre d'où, lorsqu'elle est refroidie, on la chasse avec un mandrin; on l'obtient ainsi assez molle. Le pharmacien qui la prépare pour le public fait sa masse au mortier, à froid, et la moule à la filière; il obtient ainsi un produit de meilleur aspect, mais sensiblement plus ferme. Une expérience qui remonte aujourd'hui à une vingtaine d'années établit que cette consistance que je craignais d'abord excessive, est sans inconvénient pour les injections utérines; je ne l'accepterais pas pour les injections urétrales, où le moindre excès de fermeté pourrait quelquefois devenir une cause de traumatisme, et, en tout cas, rendre moins facile la pénétration de l'injection dans la voie étroite où l'on cherche à en loger une partie.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS (1)

Chirurgie générale.

Étude clinique de quelques cas de diabète sucré et de l'intervention chirurgicale chez ces diabétiques (P. Marie, *Semaine médicale*, 1895, nº 62, p. 529-536). — L'auteur nous présente quatre malades chez lesquels le diabète a revêtu une forme différente. Chez le premier, un homme de 61 ans, il s'agit de diabète arthritique; cet homme a eu dans sa vie un grand nombre de blennorrhagies; à l'heure actuelle on constate une soif ardente, des mictions fréquentes, de la diminution de la puissance génitale; mais ce qu'il y a de plus désagréable pour le malade, c'est un mal perforant qui lui rend la vie malheureuse. Enfin, on se décida à lui enlever la partie malade (2e phalange du gros orteil); l'opération réussit très bien; les souffrances furent aussitôt calmées et la glycémie diminua extraordinairement. On le voit, l'intervention chirurgicale peut donc parfaitement réussir, même dans le diabète. L'essentiel est de pratiquer une asepsie rigoureuse plutôt que l'antisepsie, qui peut provoquer des phénomènes d'intoxication. Le deuxième malade est la femme du premier; cette femme, âgée de 58 ans, est un des rares cas de *diabète conjugal*. Le troisième est un homme de 24 ans, pâle, émacié, d'un aspect au plus haut point rachitique; oligurie intense, glycémie considérable; ce malheureux est atteint d'une soif inextinguible et ne peut calmer sa faim. C'est un diabète pan-

(1) La Revue est faite par les soins de l'Institut international de bibliographie, dirigé par le Dr Marcel Baudoin.

créatique. On a essayé de le soigner par l'organothérapie (pancréas d'animaux), mais on n'a pu obtenir de bons résultats. Le quatrième sujet est une jeune domestique; c'est un cas type de diabète nerveux survenu spontanément à la suite d'une émotion morale. L'auteur achève en présentant quelques considérations sur les accidents nerveux du diabète en général; hémiplégies, rareté relative de perte de connaissance et surtout d'apoplexie vraie; atypie des phénomènes paralytiques; tendance spontanée à la régression. Enfin, il termine en consacrant quelques lignes aux affections secondaires du diabète: angine de poitrine, goutte, albuminurie, etc. L'auteur insiste sur ce point que le diabète n'est pas, à vrai dire une maladie, mais un syndrome présentant au point de vue clinique des différences importantes.

Méthode de traitement des kystes hydatiques de l'abdomen (Delbet, *Acad. de Méd.*, 18 fév. 1896). — Pour obvier aux inconvénients de la marsupialisation des kystes hydatiques abdominaux, M. Delbet propose le procédé suivant, imaginé par Thornton et Bilroth :

Il consiste, dans les kystes clairs, non suppurés, à ouvrir largement la poche, à en évacuer le contenu et à pratiquer le capitonnage de la poche.

Ce capitonnage se faitavec des aiguilles très courbes qu'on fait entrer et sertir successivement par la même face de la même paroi.

On se sert de préférence de gros catguts, on enfonce l'aiguille profondément dans la paroi, de manière à comprendre dans l'anse de catgut une épaisse couche de tissus.

On peut ainsi faire plusieurs séries de capitons et combler la cavité du kyste. On suture ensuite les lèvres de la cavité kystique par des points séparés au catgut, par une suture en surjet ou une suture de Lembert.

Puis on réduit la masse dans l'abdomen et on ferme la plaie abdominale.

Traitement de la Phlébite variqueuse (Schwartz, *Pres. Med.*, 1er fév. 1896). — L'auteur, dans une clinique sur la phlébite variqueuse, en formule ainsi le traitement :

Lorsqu'il s'agit d'une inflammation limitée, circonscrite à un petit territoire veineux, dont la résolution pourra être obtenue en peu de temps, il convient, après avoir mis le malade au repos complet au lit, de lui faire des applications résolutives sur la partie atteinte, compresses boriquées, compresses trempées dans une solution saturnée laudanisée.

Lorsque la lésion est plus étendue et s'il s'agit d'une femme enceinte, même traitement.

S'il s'agit d'un paquet variqueux énorme, il faut intervenir chirurgicalement et extirper comme une tumeur l'énorme paquet variqueux, supprimant du même coup et les varices et toutes les complications qui s'y rattachent.

Médecine générale

Emploi de l'eau oxygénée contre les métrorrhagies (Petit, *Soc. obst. Gynéc.*, 14 déc. 1895. — L'eau oxygénée, expérimentalement, active le processus de la coagulation du sang. Aussi doit-elle être un bon moyen hémostatique.

Pendant que M. Castex en tentait l'emploi dans les hémorrhagies nasales, je l'appliquais aux hémorrhagies utérines.

Une tige porte-coton très mince est trempée et non exprimée dans l'eau oxygénée à 12 volumes. Introduite dans l'utérus dans le cas de métrites hémorrhagiques elle ne détermine aucune douleur et amène une hémostase assez persistante pour permettre à la malade de reprendre des forces en attendant l'opération. J'irais au besoin jusqu'à la dose de 15 volumes.

Traitement médical de la Dysménorrhée (Stephan, *Deut. med. Ztg*, 12 septembre 1895). — La dysménorrhée est un malaise général chez les jeunes filles d'aujourd'hui. Elle a pour cause le défaut de circulation régulière du sang dans le bassin et surtout dans l'utérus. Pour le faire disparaître, il suffit

donc de rétablir une circulation normale. L'inspiration exerce nécessairement sur les organes abdominaux une pression qui diminue au fur et à mesure de l'expiration. Les vaisseaux aortiques se dilatent ainsi et aspirent le sang dans les capillaires intestinaux. On peut comparer ce mouvement à celui d'une éponge plongée dans un liquide et dont une entrave dans l'exercice d'aspiration et d'expiration amènerait un trouble dans la circulation. Le corset contribue pour une large partie à entraver les mouvements du diaphragme et du foie; il influe d'une manière aussi pernicieuse sur la veine hypogastrique et engendre des troubles dans le bassin; d'où naît bientôt la dysménorrhée. On sait que l'utérus suit les mouvements du diaphragme, il réclame donc aussi le concours d'une circulation du sang tout à fait normale. La meilleure thérapeutique consiste à se vêtir peu serré, à respirer librement et à fond, à favoriser l'évacuation des intestins surtout aux approches de la menstruation, à faire usage de bains de siège, et d'un exercice méthodiquement réglé.

Rétrodéviation de l'utérus (Olshausen, *Zeit. für Gebürtsh. und Gyn.*, XXXII, I). — Chez les femmes, la plupart des indispositions telles que migraine, points de côté, oppression de l'estomac, ont pour point de départ une position anormale de l'utérus.

De nos jours, le traitement des rétrodéviations de l'utérus au moyen de pessaires semble délaissé pour certaines opérations plus efficaces.

Voici les cas de flexion et de rétroversion de l'utérus qui se présentent le plus souvent :

1° Rétroversion simple d'origine puerpérale;

2° Simple également chez les jeunes filles vierges ;

3° Rétroversion de l'utérus vierge par suite du raccourcissement de la paroi vaginale antérieure;

4° Rétroversion produite par les désordres survenus du côté des annexes de l'utérus ;

5° Rétroversion engendrée par des accidents quelconques sans anomalies dans les annexes.

Dans le premier cas, on peut faire usage de deux traitements : les pessaires ou la vaginofixation. On recommande, tant au point de vue de la guérison qu'à celui de la propreté, l'emploi de pessaires en celluloïde de préférence à ceux de gomme.

Dans ce cas, la guérison est sûre, mais demande parfois plusieurs années.

On remplace avantageusement les pessaires par la vaginofixation dans le deuxième cas. Si la rétrodéviation est récente, le massage donne aussi de bons résultats.

Effet antibactéricide des huiles principalement sous le rapport de l'influence des constituants sur la valeur comme désinfectant (*Zeitschrift für Hygiene*, Leipzig, 1895, XX, 165-197). — Des cultures de bacille prodigiosus élevées sur de l'agar furent portées dans du bouillon. Après filtrage on produisit un gonflement uniforme ; on mit dans cette suspension de bactéries un grand nombre de baguettes de verre. On les retira au bout de peu de temps et on sécha. Puis on porta les baguettes dans l'huile et on les en retira après des laps de temps déterminés, on les rinça dans l'éther, puis on les mit dans le bouillon. On observa quatorze jours durant s'il se produisait des excroissances dans la solution nutritive. Qu'il s'agisse d'expériences avec des milieux nutritifs artificiels, sur l'animal ou sur le vivant, tous les désinfectants contenant des huiles, sans exception, sous une forme quelconque, ont un effet antibactéricide plus ou moins grand et le choix du constituant est de la plus haute importance pour la valeur antibactéricide d'une huile.

Le gaïacol dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants (*The journal of the American medical Association*, Chicago, 5 octobre 1895, vol. XXV, n° 14, 557-558). — A

l'égard des enfants atteints de fièvre thyphoïde l'auteur procède ainsi :

1° *Traitement initial.* — En voyant l'enfant pour la première fois quoique les symptômes indiquent une tendance à la fièvre typhoïde il ne formule pas de diagnostic positif, mais institue le traitement approprié : calomel et sucre bien trituré.

2° *Traitement régulier.* — Si, au bout de quelques jours la température indique la fièvre typhoïde on prescrit :

Gaïacol	1gr,97
Glycérine	1gr,77
Alcool	3gr,53

1 à 6 gouttes dans du cognac et de l'eau toutes les deux heures suivant l'âge.

Ce traitement est continué pendant la maladie en augmentant ou diminuant la dose de gaïacol, suivant la gravité des symptômes. Le cognac en petites quantités de 1/4 à 1 cuillerée à café suivant l'âge. (F. A. — I. B. S.)

Transfusion dans l'anémie pernicieuse (Ewald, *Bull. méd. Par.*, 10 novembre 1895, n° 90, 1031-1032). — L'auteur rapporte le cas d'un homme de 32 ans atteint d'anémie pernicieuse; il se trouvait dans un collapsus profond quand on se décida à pratiquer la transfusion du sang, la femme du malade âgée de 25 ans fournit le sang nécessaire qu'on injecta à la dose de 85 centimètres cubes. Aussitôt après l'opération le pouls devint plus fort, la respiration plus profonde, mais ce ne fut que vers le troisième jour que son état s'améliora réellement, la teneur du sang en hémoglobine était de 29 0/0, ces chiffres s'améliorèrent par la suite, si bien que le malade put aller en Suisse et voyager un peu. Sa santé ne fut pas toutefois complètement relevée et cela à cause d'une glossite folliculaire qui empêchait l'alimentation. M. Ewald a traité cet accident par le baume du Pérou.

L'autour pense que l'anémie pernicieuse est en rapport avec des troubles digestifs, il la regarde comme lo résultat d'une intoxication quo l'injection de sang aurait pour effet d'anéantir.

Traitement du hoquet par les tractions de la langue (Lépine, *Soc. de Biologie*, 8 fév. 1896). — Il s'agit d'une jeune fille non hystérique, atteinte d'un hoquot persistant depuis trois jours et caractérisé par onviron trente secousses par minute.

Cette affection paraissait dépondre d'une maladie do l'estomac. Ayant remarqué que, en examinant la langue de la malade, lo hoquet cessait tant que la langue était tiréo au dehors, on conseilla à la patiente d'exécuter pendant un certain, temps ot d'une façon rythmique, les mouvements do projection en avant de cet organe. La guérison fut complète et rapide.

Traitement de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone (Gréhant, *Soc. de Biol.*, 14 fév. 1896). — L'auteur conseillo dans tous les cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone l'usage des trois moyens suivants : Respiration artificielle, tractions rythmées de la langue et insufflation d'oxygène d'uno manière intermittente. Ces moyens viennent de lui donner un résultat immédiat, en quelques minutes, chez un chien, qui, au cours d'uno expérience, avait respiré un mélange de 9 litres d'air et d'un litre d'oxyde de carbone pur. En moins d'une minute, la respiration s'était arrêtée; au bout de quelques minutes, grâce à ces moyens énergiques, l'animal s'est mis à respirer.

La musique comme moyen thérapeutique (Beztchinsky, *Ejenedelnic*, 1896). — Il s'agit d'une fillette do 3 ans, atteinte d'accès de peur nocturne qui avaient résisté au bromure de sodium et aux bains donnés immédiatement avant le coucher. Ces accès revenaient chaque nuit et parfois deux fois dans la même nuit. L'auteur a employé avec succès la musique, étant donnée son influence sur lo système nerveux.

Uno pièce do musique écrite en mineur et de caractère mélancolique fut spécialement choisie. Avant que l'enfant se couche, la mère joua le n° 2 des trois valses brillantes de Chopin. L'enfant écoutait avec attention et avec plaisir, alors qu'une marche bruyante l'agitait.

Le résultat fut remarquable : le sommeil de l'enfant fut calme. L'influence du procédé était certaine car après cessation, au bout de quatre jours, l'enfant fut reprise de son accès de peur nocturne. On renouvela les séances musicales pendant cinq jours, puis tous les deux jours, en les espaçant de plus en plus et les accès de terreur ne revinrent plus. Au bout d'un mois la guérison fut complète.

Un cas de maladie de Basedow guéri par le traitement thyroïdien (Silex, *Soc. de Méd. de Berlin*, 1896). — A la dernière séance de janvier de la Société de médecine berlinoise, M. Silex a signalé l'observation d'une femme atteinte d'un goitre exophtalmique grave traité avec succès par la médication thyroïdienne. Les traitements les plus variés n'avaient amené aucun résultat et le traitement par l'arsenic, institué en dernier lieu par Senator, avait même aggravé la situatien, au point de faire craindre une issue fatale à bref délai.

Sur le conseil d'une amie, la malade acheta une boite de tablettes thyroïdiennes et dirigea elle-même le traitement thyroïdien dont le résultat fut des plus remarquables, si bien qu'aujourd'hui, après quatre semaines de traitement, la malade peut être considérée comme presque complètement guérie.

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Inhalations de formol dans la tuberculose pulmonaire. (Hamel, *Acad. de méd.*, 11 février 1896). — M. Lancereaux a présenté à l'Académie, un appareil de M. Hamel, destiné à

permettre l'inhalation facile du formol. L'acide carbonique produit dans un premier flacon par un mélange d'acide tartrique et de bicarbonate de soude, passe dans un deuxième flacon, où il barbote dans une solution à 2 0/0 de formol; de ce flacon part un tube de caoutchouc qui aboutit à un inhalateur do verre. Le malade peut ainsi respirer de l'air saturé de formol.

Le traitement par les inhalations de formol à l'aide de cet appareil a été essayé avec de très bons résultats dans la tuberculose pulmonaire, la dilatation des bronches et la gangrène pulmonaire; la toux s'est atténuée, les crachats ont diminué et leur fétidité a disparu en partie.

Traitement de la tuberculose. (P. Grancher, *Bull. méd.* du 29 janvier 1896.) — L'alimentation est le premier des agents de la cure hygiénique de la tuberculose ; c'est elle qui gouverne et règle la marche de la maladie.

Le phtisique a besoin d'être suralimenté, c'est-à-dire d'équilibrer son budget de nutrition avec un surcroit de recettes; mais ce surcroit doit être modéré et réglé pour chaque malade. Tous les tuberculeux ont besoin d'une ration d'entretien et d'une ration de guérison. Quand ils sont jeunes il faut ajouter une ration de croissance. La ration de guérison est la plus difficile à fixer ; elle varie avec beaucoup d'incidences, le degré de la maladie, l'état de l'estomac et de l'intestin, la fièvre, etc. Il faut utiliser toutes les forces de digestion et d'assimilation, mais ne pas les dépasser. Il ne faut pas confondre la suralimentation avec l'alimentation forcée et avoir recours à l'alimentation naturelle variée et tonique avec un appoint individuel, c'est la ration de guérison. Si cet appoint, grâce à la sage lenteur de la progression des quantités, arrive à être considérable, tant mieux ; mais il y faut l'accoutumance, l'éducation, le consentement de l'estomac et de l'intestin et de tout l'organisme. Il faut que les digestions soient régulièrement et constamment bonnes,

car ce n'est pas ce qu'on mange qui profite à la cure, c'est ce qu'on digère facilement et ce qu'on assimile fortement.

Deux cas de guérison de l'insuffisance aortique. (Picot, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*). — L'A. publie deux observations de malades jeunes, 20 et 30 ans, atteints d'insuffisance aortique qui guérirent par l'administration de l'iodure de potassium à la dose de 1 et 2 grammes par 24 heures, les deux observations montrent d'après l'A. que l'insuffisance aortite d'origine artérielle, endartérique, ou, de nature athéromateuse alcoolique ou tabagique est susceptible de guérir par des doses minimes d'iodure de potassium chez des sujets jeunes. Ces deux cas font voir que l'augmentation de volume des ventricules du cœur est susceptible de disparaître, même quand cette augmentation est le résultat d'une hypertrophie avec ou sans dilatation de ces ventricules, quand les causes qui l'ont amenée, disparaissent elles-mêmes.

Traitement de l'apoplexie pulmonaire. (F. Plicque, *Press. méd*, 12 février 1896.) — Le traitement de l'apoplexie pulmonaires varie suivant les causes productrices de l'affection. Chez un cardiaque, il faut relever le cœur par la digitale, la caféine, la saignée générale dans les cas pressants.

Dans les affections adynamiques c'est aux toniques, alcool, champagne, quinquina qu'il faut s'adresser.

Contre la congestion hypostatique, on applique de nombreuses ventouses sèches et on fait coucher le malade sur le côté, presque sur le ventre. Contre le point de côté: ventouses sèches ou scarifiées. Contre la dyspnée: ventouses, inhalations d'oxygène, injection d'éther, de caféine, d'huile camphrée. Contre l'hémoptysie : glace à l'intérieur, potion à l'ergotine, au ratanhia, injections sous-cutanées d'ergotine et ligature à la racine des membres, si l'hémoptysie est très abondante. Au cours des maladies infectieuses, l'eau de Rabel est particulièrement indiquée.

Pour prévenir l'infection secondaire de l'infarctus on fera faire quelques inhalations térébenthinées.

Maladies de la peau et syphilis.

Traitement de la syphilis de l'enfant par l'emplâtre au calomel de Quinquaud (H. Gillet, *Soc. médico-chir.*, 27 janvier 1896. — La méthode de Quinquaud consiste, comme on sait, en supprimant toute ingurgitation de médicaments, à traiter la syphilis par l'application purement externe d'un composé mercuriel, le calomel, sous forme d'emplâtre :

Emplâtre diachylon.................	3,000 parties.
Calomel à la vapeur.................	1,000 —
Huile de ricin.......................	300 —

Cette méthode appliquée au traitement de la syphilis infantile se recommande par sa simplicité, par la sécurité qu'on a que le traitement est sûrement et régulièrement fait, par sa continuité même, réglée par l'absorption cutanée.

Dosage particulier : on applique à l'enfant un emplâtre de 10 sur 20 à 15 sur 30 et plus. On en applique un de même nature, 10/15, à la mère qui l'allaite.

Tous les 8 jours on enlève l'emplâtre, on lave la plaie, et on en pose un autre sur une autre région.

On applique à l'enfant l'emplâtre en large demi-ceinture en arrière ou en avant, au besoin sur le thorax. La seule conséquence de l'application peut être d'entraîner chez l'enfant un peu de desquamation au-dessous de l'emplâtre par macération de l'épiderme, mais sans éruption d'aucune sorte.

Cas de lupus guéri par un érysipèle (L. Levert, *Méd. mod.*, Paris, 1895). — On sait l'antagonisme qui existe entre les différents bacilles; les leucomaines sécrétés par les uns sont des toxiques pour les autres. En voici un exemple frappant : un malade de 46 ans était atteint d'un lupus; depuis l'âge de 8 ans, la face et le cou avaient été le siège d'accidents scrofuleux, il avait fait quelques excès de boisson; depuis 1885, il était atteint d'un lupus de la joue droite, qu'on traita succes-

sivement, sans succès, par l'acide acétique cristallisable, l'ignipuncture, l'inoculation de Koch. Enfin, en 1895, le malade fut atteint d'érysipèle de la face qui se généralisa à tout le corps avec fièvre intense, délire, selles sanguinolentes, il resta au lit pendant trois mois; au bout de ce temps, il put constater que son lupus avait disparu sauf deux petits points.

La santé générale est bonne, mais le lupus paraît avoir tendance à récidiver.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Erysipèle et lupus. Action curative de l'érysipèle sur le lupus (Hallopeau, *Soc. franç. de Dermat et de Syphil.*, 12 déc. 1895). — M. Hallopeau est un partisan convaincu de l'action curative de l'érysipèle sur les lupus. Il montre à la société une jeune femme autrefois atteinte de lupus vulgaire du nez à nodules lupiques disséminés. Par les traitements habituels les récidives étaient incessantes. Il y a six ans, cette jeune femme a été atteinte d'un érysipèle de la face, le lupus guérit, et depuis lors, il n'y a plus jamais eu de récidives. Cette action curative a été mise en évidence, depuis plusieurs années par M. Hallopeau qui a proposé l'installation d'un service d'isolement dans lequel on traiterait les lupiques par des inoculations d'érysipèles bénins en se réservant d'intervenir soit par les inoculations de toxines érysipélateuses soit par des applications d'ichtyol si l'érysipèle semblait prendre un caractère grave. M. Hallopeau a fait avec M. Roger des tentatives de traitement du lupus par les injections de toxines érysipilateuses; prochainement les résultats en seront connus.

(*Presse méd.*)

Prophylaxie des complications de la perforation du lobule de l'oreille (Rochon, *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 6 février 1896). — Les complications qui peuvent survenir à la suite de la perforation du lobule de l'oreille chez les enfants

syphilis, lupus, suppurations, furoncles, eczéma, impetigo, blépharite ciliaire, érysipèle, adénites, infection généralisée comme le cas signalé par l'auteur, lui suggèrent les moyens prophylactiques suivants : non seulement il ne faut pas se contenter d'interdire aux bijoutiers et autres opérateurs de ce genre, une opération qui n'appartient qu'au médecin, mais il faut obtenir un résultat plus radical. Si, dit l'A., dans les classes aisées de la société on peut espérer, à la rigueur, voir les conseils des médecins suivis et les pansements antiseptiques pratiqués convenablement, jusqu'à la cicatrisation de la plaie, on ne peut malheureusement que douter du résultat, dans les classes ouvrières, celles précisément où le mal est le plus grand. Il faut ici plutôt empêcher la plaie que d'avoir à la soigner. Le plus sûr serait en faisant connaître d'abord l'inutilité absolue, puis les dangers de la perforation du lobule, d'engager les parents à ne plus faire porter aux enfants de boucles d'oreilles, parure ridicule à cet âge. Quand ces enfants seront des jeunes filles ou des femmes, elles pourront porter des boucles d'oreilles à ressort, ne demandant pas pour rester suspendues à l'oreille, la perforation de son lobule.

Sérothérapie.

Traitement de la septicémie puerpérale par le sérum antistreptococcique (Ch. Winay, *Lyon médical*, 26 janv. 1896). — L'auteur a expérimenté sur 4 cas et chez deux malades ; l'abaissement de la température et l'amélioration de l'état général ont nettement coïncidé avec l'emploi de la sérothérapie. Dans les 2 autres cas, l'action du sérum fut nulle. D'après l'auteur, le sérum est tout puissant contre l'infection récente du sang, il est inefficace contre les lésions des organes une fois qu'elles sont réalisées.

L'effet produit par les injections semble d'autant plus rapide et plus marqué qu'elles sont faites dans la soirée, au moment où la température fébrile s'abaisse spontanément.

Le sérum ne peut agir efficacement sur toutes les formes de la septicémie puerpérale, les agents pathogènes étant de plusieurs sortes. Cette méthode ne doit pas être exclusive, elle ne doit pas faire négliger le traitement local (pansement des ulcères vaginaux, injections antiseptiques, curettage), qui conserve toute son importance.

Sur la sérothérapie du tétanos. Essais de traitement préventif (Ed. Nocard, *Bull. de l'Académie de médecine*, n° 42, 22 octobre 1895). — Exposition des différentes espèces de toxines, les unes pouvant être comparables aux aliatases, les autres se rapprochant des diasthases, telles que les toxines diphthériques et tétaniques, extraordinairement toxiques. Démonstration des procédés d'immunisation, le sérum des animaux vaccinés contre la diphtérie et le tétanos étant à la fois conservateur et curateur.

Dans la diphtérie, l'emploi de la sérothérapie est officace parce qu'on assiste à l'évolution de la lésion initiale, tandis que, dans le tétanos, l'organisme est intoxiqué longtemps avant l'intervention.

Exposition des causes de l'inefficacité.

Nécessité des injections de sérum dans les cas de tétanos traumatique et immédiatement après les opérations, le sérum agissant alors comme agent prophylactique.

Description des expériences nombreuses faites sur les animaux, démontrant l'efficacité de l'immunisation.

Conclusion : De tous les faits recueillis, on peut être en droit de conclure que, si le traitement curatif est encore à trouver, on peut, grâce aux injections préventives de sérum, réduire le nombre des victimes de cette triste maladie.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 130.3.96.



HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

HUITIÈME LEÇON

Traitement des dyspepsies,

Traitement de l'hypersthénie gastrique permanente.

(*Suite.*)

Par M. Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

IV. — Traitement

A. — Considérations générales.

Les médications employées contre les maladies de l'estomac sont innombrables; si l'on voulait les énumérer toutes, il serait plus simple, assurément, de renoncer à dire ce que l'on a fait, pour se limiter à citer ce que l'on n'a pas fait, car la confusion où la clinique a tenu, jusqu'en ces dernières années, les diverses manifestations morbides de l'estomac, devait forcément amener de l'incohérence dans la thérapeutique.

Ce n'est pas sans un certain embarras que j'aborde un sujet où, pour être logique avec moi-même, je vais me trouver dans la fâcheuse nécessité de discuter une certaine quantité d'affirmations considérées comme presque classiques, non pas même hier, mais encore aujourd'hui.

Je dirai plus : ce n'est pas sans une véritable mélancolie que je me vois ainsi forcé de toujours contre-dire. J'ai la prétention de n'être pas un simple démolisseur, rôle toujours facile et que je suis loin d'ambitionner; au contraire, j'ai l'intime conscience d'avoir apporté quelques principes nouveaux dans la thérapeutique en général et dans celle

des maladies de l'estomac en particulier. Mais enfin, il est de règle, en matière de traitement, que chaque méthode soit à son tour déclarée vicieuse par ceux qui nous suivent; je serais donc très osé si j'émettais la prétention de construire à mon tour sur des bases plus solides que nos devanciers.

Je ne suis pas sceptique par tempérament, comme il est de mode de l'être aujourd'hui, même en très haut lieu; je crois que le médecin n'a pas le droit d'être sceptique sous peine de faire faillite à son devoir professionnel, et d'ailleurs, j'ai toujours pu constater que le doute élevé à la hauteur d'un principe ne va jamais sans une réelle ignorance.

Certes, le physiologiste qui étudie, dans son laboratoire, le pouvoir de drogues nouvelles, a le droit de douter; mais ne confondons pas la pharmacodynamie avec les médications, car ce serait commettre une erreur grave. J'ai, pour mon compte, une foi profonde dans les moyens thérapeutiques basés sur une étude sérieuse des fonctions, et c'est pour cela que je fais toujours précéder l'exposé des procédés de traitement par une étude précise des troubles fondamentaux qu'il s'agit de combattre.

Or, il est impossible que les longues et vastes recherches que cette fin de siècle a réussi à amasser soient inutiles; c'est pourquoi, ayant conscience de la logique qui a présidé pendant de longues années aux études de physiologie pathologique, j'ai le ferme espoir que les déductions thérapeutiques, qui peuvent aujourd'hui en être tirées, ont chance de rester acquises à la thérapeutique. Si cet espoir n'existait pas chez moi à l'état de conviction, j'avoue que je n'aurais pas le courage d'énoncer mes idées.

Après cet exposé de principes, il me sera plus facile d'entamer la critique des médications que l'on trouve partout exposées, relativement au traitement de la dyspepsie hypersthénique permanente. Je commencerai par indiquer les

médications que je considère comme nocives, et que, par conséquent, il faut bien se garder de faire suivre à ses malades : après cet élagage, je développerai mes idées personnelles sur le traitement. Mais, avant de commencer cette étude, je ne veux pas omettre de dire très haut que je considère l'hypersthénie gastrique, même lorsqu'elle est arrivée à la permanence, comme parfaitement curable, à la condition d'établir un traitement très étudié, basé sur la connaissance exacte des troubles fonctionnels qui donnent à la maladie son caractère spécial.

B. — La thérapeutique à éviter.

Dans ces dernières années, le traitement le plus à la mode des états d'hypersthénie gastrique chronique était le suivant : on mettait d'abord le malade au régime sec; on le bourrait d'antiseptiques pour prévenir ou arrêter les fermentations, puis on lui administrait de fortes doses d'alcalins, pour saturer l'excès d'acide chlorhydrique qui accompagne toujours la maladie; ensuite, pour combattre la dilatation, considérée comme étant la règle, et faire revenir l'estomac à des dimensions normales, on instituait une cure d'électricité et de massage, sans compter l'administration des toniques amers. Enfin, dans presque tous les cas, le lavage de l'estomac était plus ou moins régulièrement pratiqué et l'on usait largement des peptones. Voyons rapidement les résultats de cette thérapeutique :

Le *régime sec* est encore très en faveur auprès d'un grand nombre de médecins qui l'ont accepté, sous l'autorité de son protagoniste, M. Bouchard. Or, je suis convaincu que je serai d'accord avec cet éminent médecin en protestant contre l'abus qu'on a fait du régime sec, qui me paraît capable de causer le plus grand mal à de nombreux malades. En effet, il faut bien comprendre qu'il s'agit ici

de sujets chez lesquels on trouve jusqu'à trois et quatre grammes d'acide chlorhydrique par litre, c'est-à-dire une dose énorme. Dans ces conditions, on conçoit facilement que la diète des boissons soit d'une hygiène détestable, attendu que c'est le meilleur moyen que l'on puisse employer pour augmenter l'irritation déjà si grande de la muqueuse gastrique. L'hypersthénie, au contraire, a comme indication très nette, la dilution du suc gastrique par des boissons abondantes.

Mais il y a mieux : certains thérapeutistes sont allés jusqu'à administrer de l'*acide chlorhydrique* à des hypersthéniques, sous prétexte que cet acide est antiseptique et que leurs malades souffraient de fermentations vicieuses Pour eux, la symptomatologie était due en grande partie à la présence des acides de fermentation, et il était indiqué d'administrer l'acide normal pour remettre les choses en l'état physiologique. Voilà où l'on peut en arriver, quand on se contente de faire de la pathologie chimique, dans des affections où le trouble morbide est uniquement d'ordre physiologique.

Parlerai-je de la *méthode antiseptique?* J'ai déjà donné mon sentiment et fourni les raisons sur lesquelles je l'appuie ; je renvoie donc à la précédente leçon, dans laquelle la question a été traitée tout au long, et je me contente de rappeler que jamais les antiseptiques, naphtol ou ses dérivés, salol ou salicylates, n'ont produit véritablement l'antisepsie du tube digestif ; de plus, s'ils sont véritablement actifs, ils commenceront par arrêter la digestion, et s'il s'agit du naphtol, dont il a été fait un si grand abus, on irritera les muqueuses d'une façon dangereuse. Par conséquent, voilà un procédé de thérapeutique qui non seulement est inutile, mais encore quelquefois nocif.

Les *traitements stimulants* dirigés contre la dilatation et contre la paresse digestive, toniques amers, massage ou

électricité, sont tous également irrationnels : en effet, pourquoi exciter un organe qui souffre justement d'excitation fonctionnelle exagérée? C'est encore là une erreur due à une mauvaise interprétation des symptômes. Mais nous n'en sommes plus au temps où l'on avait le droit d'ignorer la chimie de l'estomac, et l'examen le plus élémentaire des fonctions gastriques montre que, dans les cas qui nous occupent, l'excitation fonctionnelle est constante et que c'est elle qui conditionne la symptomatologie; il est donc parfaitement irrationnel et surtout il est très préjudiciable au malade d'employer des médications excitantes qui ne peuvent qu'augmenter encore les troubles dont il souffre.

Le *lavage de l'estomac* a été très employé au début de sa vulgarisation; il a subi le sort de bien des méthodes thérapeutiques; on l'a conseillé et pratiqué jusqu'à l'abus, puis on l'a presque abandonné. Et pourtant, ce procédé est meilleur que les méthodes que je viens de condamner, car son emploi est logique et peut vraiment rendre des services lorsqu'il se produit des stases prolongées et des indigestions très douloureuses; mais pratiqué régulièrement, il fatigue les malades sans grand résultat; de plus, il est irritant, et à ce titre, se place à côté du massage et de l'électrisation comme procédé dangereux, chez les hypersthéniques. Aussi, ai-je restreint son emploi, malgré les services accidentels qu'il peut être à même de rendre dans certains cas particuliers.

Naturellement, les *alcalins* ont été les premiers médicaments administrés au malade dans le but de saturer l'acide en excès; j'ai déjà dit combien l'abus de ce procédé amène de déboires dans le traitement de l'hypersthénie gastrique aiguë. Il en est forcément de même quand il s'agit de l'hypersthénie passée à l'état chronique. Je ne reviendrai pas sur les arguments que j'ai développés; je dirai seule-

ment que si le malade éprouve en effet un soulagement très réel, au moment de la saturation par le bicarbonate de soude, il se fait fatalement une production nouvelle d'acide chlorhydrique par suite de la présence dans l'estomac d'un médicament capable d'exciter au maximum la sécrétion et aussi par suite de la transformation du bicarbonate de soude en chlorure de sodium, corps susceptible de fournir à l'organisme la matière première qui, justement, sert à la fabrication de l'acide chlorhydrique. En conséquence, si la saturation doit forcément être obtenue au moment des crises douloureuses, il faut que cette saturation soit réalisée par des procédés spéciaux, incapables d'exciter la formation d'un agent pathologique, que précisément on cherche à supprimer. Nous verrons que l'emploi sagement raisonné du bicarbonate de soude peut amener à cet heureux résultat, mais on ne saurait dire assez haut combien sont nocives les fortes doses d'alcalins préconisées et encore employées tous les jours par un trop grand nombre de médecins.

Jusqu'ici, nous avons vu le malade soumis à des traitements successifs qui tous provoquent souvent une aggravation régulière et croissante de l'affection. Entre temps, on lui a fait prendre du bismuth, du charbon, mais ce sont là des médicaments qui, sans être mauvais, sont incapables de produire une amélioration sérieuse.

Voilà donc notre sujet incapable de digérer et dans un état de faiblesse inquiétant : c'est alors qu'interviennent les *peptones*, soit administrées seules, soit associées à d'autres aliments, surtout au lait ou au bouillon. Or, le premier effet des peptones c'est de provoquer cette action inhibitrice de la digestion que j'ai déjà citée à propos de la dyspepsie des gros mangeurs, de ces malades qui ont trop de peptones dans leur estomac. Il faut bien se souvenir, en effet, que la digestion s'opère en plusieurs temps très net-

tement déterminés; et quand l'estomac contient trop de peptones, sa fonction est compromise. On voit de suite l'effet produit par l'introduction des peptones artificielles. Je défends donc l'administration de ces préparations dans le traitement de l'hypersthénie gastrique permanente; il les faut garder pour les cas dans lesquels l'alimentation normale est à jamais reconnue impossible.

C'est généralement après des traitements prolongés et inutiles, au moment où l'on ne sait plus que faire, qu'intervient la *cure thermale*. Dans 9 cas sur 10, on adresse les malheureux dyspeptiques à des eaux excitantes, et naturellement ce qu'on obtient, c'est une aggravation fatale de l'état gastrique.

Voilà, en peu de mots, l'histoire malheureusement trop véridique de plus d'un hypersthénique, arrivé à l'état permanent. On peut dire qu'il a été amené là par une thérapeutique irrationnelle, et l'on peut affirmer, avec non moins de certitude, que si l'on n'intervient pas cette fois dans un bon sens, le malade est condamné à devenir un type à lésion, c'est-à-dire que le trouble, jusqu'ici simplement fonctionnel, va devenir une lésion anatomique irrémédiable. Voyons donc ce qu'il est permis d'obtenir avec une saine thérapeutique, basée sur la connaissance précise des troubles fonctionnels de l'estomac.

C. — La thérapeutique à employer.

Pour établir un traitement logique, je ne vois qu'un moyen : revenir à la vieille doctrine des éléments morbides. Cette doctrine date de Galien. Depuis, elle a été cent fois renouvelée par de nombreux auteurs, jusqu'à Hoffmann et à Barthez; certes, ses défenseurs ont accumulé bien des hypothèses erronées; mais que m'importe, car s'ils ont erré, c'est seulement le jour où ils ont voulu faire

des symptômes une analyse que la science de leur temps était incapable de mener à bien. Mais en mettant de côté les vues de l'esprit, toujours dangereuses en clinique, il est possible d'arriver à une base excellente de traitement rien qu'en utilisant la connaissance des éléments morbides qu'il s'agit de corriger.

Or, dissocions la dyspepsie : nous trouvons des actes physiologiques et chimiques, puis des éléments symptomatiques et pathogéniques qui se succèdent avec une régularité presque mathématique. Ce sont bien là des éléments morbides, tels que les entendaient nos pères, et pour mon compte personnel, j'avoue qu'en ce qui concerne le traitement des dyspepsies, qui sont essentiellement des maladies fonctionnelles, je ne trouve nulle part de meilleure base de thérapeutique, à la condition de connaître parfaitement la cause et l'expression des troubles de tout ordre qui les définissent.

1° *Hyperchlorhydrie.*

Le premier symptôme qui frappe dans l'hypersthénie gastrique, c'est l'hyperchlorhydrie, qui cause par elle-même un certain nombre d'accidents, et nécessite, par conséquent, une intervention thérapeutique urgente.

L'hyperchlorhydrie n'est assurément pas le symptôme initial, mais elle est le premier avertissement vraiment indicateur pour le traitement. Quand une maison brûle, on va d'abord chercher les pompiers et l'on ne s'attarde pas à s'enquérir des causes de l'incendie et encore moins à éteindre l'allumette qui a provoqué le sinistre. Donc, le premier acte thérapeutique sera d'effectuer la saturation de l'acide en excès ; ce n'est qu'ensuite que l'on aura le loisir de l'empêcher de se produire.

La présence de l'acide chlorhydrique en excès possède,

en effet, la valeur d'un élément morbide, car, sous le coup de l'irritation permanente de l'estomac, le pylore se contracte, d'où distension de l'estomac, séjour des aliments et fermentations anormales avec tout leur cortège de phénomènes pathologiques. D'autre part, la muqueuse stomacale, si riche en nerfs et en plexus, sera elle-même irritée et réagira, d'où réflexes lointains : neurasthénie gastrique, accidents dyspnéiques et cardiaques, etc.

Donc la principale indication, l'indication primordiale, c'est avant tout d'obtenir la disparition de l'hyperchlorhydrie. Mais comment arriver à ce résultat? Il ne faut pas, je l'ai dit, saturer par de fortes doses de *bicarbonates alcalins*, moyen facile, moyen rapide, qui amène un soulagement immédiat assurément, mais qui provoque de nouvelles sécrétions acides, de sorte qu'au bout de quelques mois, la muqueuse est complètement épuisée et qu'on arrive à la dyspepsie par insuffisance de sécrétion, préface infaillible de la gastrite catarrhale, qui, dans ce cas, se trouve avoir une origine thérapeutique.

Je repousse donc, je le répète encore, les hautes doses et même les doses moyennes de bicarbonate de soude telles qu'elles sont ordinairement administrées. Dans le régime courant, je préfère la *magnésie*, calcinée ou hydratée, aux sels de soude, et si j'ordonne ceux-ci, c'est seulement à petites doses et après la digestion des matières albuminoïdes, au moment où les syntonines étant formées, l'acide est devenu non seulement inutile, mais encore nuisible. Donc, trois ou quatre heures après le repas, quand le malade éprouve la sensation de gêne bien caractéristique, voilà l'instant d'administrer les alcalins. J'ai déjà donné la théorie de cette méthode et les formules à employer, au cours de mon avant-dernière leçon, en formulant le traitement de la dyspepsie paroxystique; je me contente d'y renvoyer le lecteur.

En outre de la saturation de l'acide chlorhydrique par l'usage des cachets dont j'ai donné la formule, il m'arrive aussi, dans certains cas, de chercher une saturation indirecte, à l'aide des sels à acides organiques, qui, on le sait, s'éliminent à l'état de carbonates alcalins. Tels sont la *crème de tartre*, ou bitartrate de potasse et le *sel de Seignette*. J'ordonne donc, à la dose de 2 à 3 grammes répétée 3 fois dans les 24 heures, le bitartrate de potasse associé au soufre agissant comme excitant des fibres lisses de l'intestin. Voici ma formule :

Faire prendre un quart d'heure avant chaque repas un à deux des cachets suivants :

Soufre lavé............................	0gr, 10
Bitartrate de potasse..................	1gr
Magnésie...............................	0gr, 20

Faire en cachets n° 20.

Ce moyen a l'avantage de lutter contre la constipation habituelle des dyspeptiques et de permettre souvent la saturation indirecte de l'acide, ce qui peut être avantageux chez certains malades.

Dans quelques cas assez rares, mais pourtant observés, au moment des accès les plus graves, il arrive qu'aucun des procédés indiqués ne parvient à arrêter la production continue de l'acide chlorhydrique; il faut alors, et tant que dure la crise, calmer le malade en lui administrant du lait ou des œufs crus, 3 ou 4 heures après le repas, au moment où se produit le pyrosis. Ces albumines fixent l'acide chlorhydrique et l'empêchent de réagir sur la muqueuse. C'est un procédé peu connu et commode; certains malades, qui veulent toujours satisfaire leur faim au moment où ils éprouvent le pyrosis, ont bien reconnu ce fait; mais il va sans dire que cette introduction d'aliments va nécessiter une nouvelle digestion, et que, par conséquent, c'est un moyen

qui ne doit être employé que si les procédés ordinaires et plus logiques sont restés impuissants.

2°. *Excitabilité gastrique.*

On peut lutter contre ce nouvel élément morbide par l'hygiène générale, par le régime alimentaire ou par les médications. Naturellement, la règle est de bannir avec le plus grand soin de la vie du malade, de son régime et aussi de son traitement tout ce qui est susceptible de provoquer une excitation quelconque, soit générale, soit locale. Malheureusement, cette règle est loin d'être comprise, ce qui a amené les erreurs de thérapeutique que j'ai résumées plus haut.

Hygiène générale. — La vie du dyspeptique doit être réglée avec le plus grand soin. Il doit mesurer avec prudence toute dépense d'énergie, morale ou physique, car toute cause de trouble réagira sur son estomac. Une promenade prolongée, une soirée passée au delà de l'heure coutumière du coucher, un travail supplémentaire, une grande joie ou une grande tristesse, un concert trop goûté, un coït intempestif, en un mot, tout dérangement, si minime soit-il, dans le train-train ordinaire de l'existence, provoque infailliblement une crise parfois très douloureuse et toujours prolongée.

Ceci bien compris par le malade, il est nécessaire qu'il se mette en mesure de faire disparaître ces causes de souffrance. Sa tranquillité est à ce prix. Donc, il faut une vie réglée comme dans un cloître : lever matinal, pour éviter l'état congestif causé par le séjour prolongé au lit; toilette à l'eau chaude, afin d'éviter une réaction trop vive; repas à heures régulières; travail ménagé, mais jamais de paresse, car elle prédispose à la neurasthénie; exercice doux et sans

dépenses imprévues de forces physiques; coucher de bonne heure, une moyenne de huit heures de sommeil par jour; à partir de 40 ans, grande réserve sur l'usage du génésique. Après les repas, un repos de une à deux heures est nécessaire, c'est ce que font les animaux. Voyez le chien, quand il vient de manger, il se met en boule et attend pour remuer que la digestion soit terminée. On aura tout avantage à faire comme lui et à mettre de côté tout mouvement et tout travail jusqu'à ce que l'estomac ait terminé la première partie de l'acte digestif; ensuite, le malade pourra sortir ou agir sans inconvénient.

Une question d'hygiène générale qui est souvent posée est de savoir si les dyspeptiques peuvent faire usage de *tabac*. La réponse dépend de l'effet produit, car si chez certains malades le tabac provoque une véritable inhibition de l'acte digestif, il arrive également que chez d'autres la fumée amène une excitation des sécrétions; on conçoit que l'autorisation ou la défense du tabac ne puissent être conseillées d'une manière définitive et uniforme.

Régime. — Reste la question régime, c'est la plus grave qui puisse être traitée dans la circonstance, car d'un bon ou d'un mauvais régime dépendent la guérison ou l'aggravation de la maladie. On a beaucoup discuté sur ce point délicat. Les uns veulent un régime carné absolu, tandis que les autres exigent le régime végétal non moins absolu.

Dujardin-Beaumetz, auquel on doit beaucoup dans l'étude du traitement des dyspeptiques, a vanté le régime végétarien, qu'il a défendu avec le plus grand talent, et je dois avouer qu'après l'avoir combattu, j'ai dû finir par me rendre à son opinion, au moins dans certains cas : c'est que tout dépend des réactions stomacales, et il est impossible de permettre et de défendre certains aliments sans connaître exactement comment se passent les réactions digestives.

Or l'analyse chimique prouve que dans des cas qu'il est impossible de prévoir par l'examen seul des signes pathologiques, les féculents et aliments végétaux sont mieux digérés que les viandes; il est bien évident que cette notion doit guider dans le choix des aliments conseillés. Au contraire, si l'examen du repas d'épreuve montre que les féculents sont mal digérés, il faudra les interdire. Mais on voit combien il serait erroné de donner un régime unique pour tous les cas. Je vais donc seulement pouvoir établir les grandes lignes du régime alimentaire, en recommandant de pratiquer toujours l'analyse du suc gastrique ou tout au moins de suivre attentivement la façon dont le malade supporte l'alimentation conseillée, de manière à pouvoir éliminer, au fur et à mesure, ceux des aliments qui ne seraient pas bien tolérés. N'oublions jamais qu'au point de vue digestif le dyspeptique offre une étonnante variété de manifestations quant à la capacité digestive de tels ou tels aliments.

En présence d'un dyspeptique hypersthénique arrivé au stade permanent, commencez par mettre le malade au *régime lacté* pendant une semaine environ, ce qui a l'avantage de reposer l'organe; puis, au bout de ce temps, remplacez une partie du lait par 2 à 6 œufs à peine cuits. Ce n'est qu'après une période d'étude de quinze jours passés à ce régime que l'on arrivera peu à peu à ce qui deviendra le régime normal du malade, constitué de la façon suivante.

Avant toute recommandation, disons que les aliments permis ne devront jamais être accommodés à une sauce savante; ils doivent être mangés pour ainsi dire au naturel, et si le beurre est toléré, en dehors des crises aiguës, c'est à la condition expresse de ne pas être cuit; on l'emploira sur la table et pas autrement, le malade l'ajoutant lui-même à ses aliments à l'état frais et cru.

Le premier aliment à autoriser pour le retour à la nour-

riture normale, est le poisson, mais le poisson maigre, cuit au court-bouillon ; les poissons gras et ceux qui se mangent avancés, par conséquent les conserves, sont interdits. Le seul condiment à permettre est le citron.

Viennent ensuite les viandes et de préférence les viandes rouges avant les viandes blanches, toujours très cuites et surtout admirablement mâchées ; si le malade n'a pas de bonnes dents, il doit faire usage de masticateurs ou faire préalablement réduire sa viande en purée. Les gros morceaux irritent la muqueuse.

Parmi les légumes, il faut préférer les féculents et surtout ceux qui renferment le plus de matière azotée, c'est-à-dire les lentilles, les haricots rouges, les fèves de marais, le maïs. Les légumes verts, les artichauts surtout sont bien tolérés ; mais comme les féculents, ils doivent être mis en purée, la purée de fonds d'artichaut est très appréciée des malades et souvent mieux tolérée par l'estomac que d'autres légumes. Comme dessert, les fruits en compote sont autorisés. En un mot, la besogne de l'estomac doit être réduite au minimum.

Sont interdits de la façon la plus absolue les aliments suivants :

Tous les acides, à l'exception du citron, qui est permis.

Toute crudité, que ce soit fruits ou légumes. Toute crucifère.

Le beurre cuit, le fromage, les pâtisseries de toute nature, la graisse, le chocolat parce qu'il contient du beurre de cacao, mais les poudres de cacao débarrassées de ce corps gras sont bien tolérées.

Le gibier faisandé, les pâtés et les salaisons ou viandes fumées de toute nature. Les viandes piquées et marinées.

Les truffes et en général tous les condiments.

Le vin et les alcools.

On remarquera que les aliments interdits sont tous des

agents excitants de la fonction gastrique ou capables de faire naître des fermentations secondaires dangereuses.

Comme boisson, le malade boira de l'eau pure bouillie ou de l'eau faiblement minéralisée, ou du lait écrémé. Les boissons seront ou glacées ou chaudes, mais jamais tièdes. La bière légère est bonne, je conseille de préférence les bières à fermentation haute, mais en exceptant la bière du Nord qui est acide. Ces bières à fermentation haute sont moins nourrissantes que celles qui se fabriquent à fermentation basse, mais elles ont l'avantage d'être fort peu chargées d'alcool et l'on peut augmenter au besoin leur valeur nutritive, en les additionnant d'une à deux cuillerées d'extrait de malt par verre.

Le malade boira à sa soif; jamais de régime sec, j'ai dit combien les effets en sont déplorables, il faut, au contraire, favoriser la dilution du suc gastrique qui renferme dans ces cas un excès considérable d'acide.

Le café et le thé peuvent être autorisés, à la condition qu'ils ne provoquent pas d'excitation nerveuse marquée. Dans ce cas ils agissent comme toniques.

Restent maintenant les médicaments susceptibles de diminuer l'excitabilité gastrique, nous les étudierons dans la prochaine leçon.

GYNÉCOLOGIE

Note sur un laveur pour irrigations vaginales continues,

Par le Dr Paul Dalché,
Médecin des hôpitaux.

I

Les injections telles que bien des femmes les font à l'ordinaire, nettoient le vagin et le col de la matrice,

mais à part cette toilette des premières voies génitales, leur action thérapeutique est le plus souvent illusoire et reste sans effet sur les affections utérines et péri-utérines pour deux raisons : l'écoulement de l'eau a une durée très courte, et les organes de la région ressentent pendant trop peu de temps les qualités thermiques ou médicamenteuses du liquide ; en outre, dans les conditions habituelles où une femme se donne une injection, les parois vaginales sont-elles toujours complètement distendues de telle sorte que leur surface reçoive en tous ses points le contact du courant ?

Pour obvier à ces inconvénients on a conseillé depuis longtemps divers appareils : celui d'Aran ; de Clauzure, d'Angoulême ; celui d'Auboin, etc., les bocks de grande capacité pouvant contenir plusieurs litres. M. Auvard, accoucheur des hôpitaux, a publié ici-même les heureux et incontestables résultats de la canule régulatrice.

Il m'a semblé qu'on devrait chercher le moyen de faire durer une injection pendant tout le temps jugé convenable, pendant des heures au besoin et même la journée entière, tout en laissant la malade dans une position commode et nullement fatigante.

Afin d'arriver à ce but j'ai fait construire par Rondeau, un petit laveur très malléable dont voici la description :

Il se compose d'un anneau élastique, à peu près pareil au pessaire de Dumontpallier, avec cette différence que l'espace central au lieu d'être vide se trouve fermé par une mince lame de caoutchouc destinée à oblitérer le conduit vaginal ; c'est donc une surface plane circulaire, un disque, dont les bords sont constitués par un anneau en relief. La lame centrale est percée de deux orifices. Le supérieur reçoit un long tube flexible qui, d'un grand vase auquel il est adapté, amène l'eau dans le vagin ; un robinet sert à régler le débit du courant. L'orifice inférieur communique

avec un second tube flexible qui permet à l'eau de s'échapper du vagin et la dirige vers un récipient placé à côté.

La femme étant couchée au lit, on introduit l'appareil comme un anneau de Dumontpallier, et *on a soin de faire passer le tube inférieur ou d'échappement* AU-DESSUS *de la cuisse de la malade ou sur son ventre,* et voici pourquoi : l'eau arrive par l'orifice supérieur, pour sortir il faut dans ces conditions qu'elle remonte au-dessus de la cuisse ou du ventre, c'est-à-dire au-dessus du niveau des or-

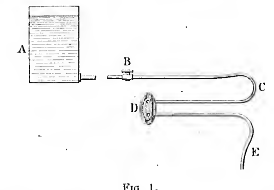


FIG 1.

A, Vase contenant l'eau;
B, Robinet du tube supérieur;
C, Tube supérieur amenant l'eau dans le vagin;
D, Disque de caoutchouc avec son anneau et ses orifices;
E, Tube inférieur emportant l'eau hors du vagin.

ganes génitaux internes ; elle est donc obligée de remplir et de distendre toute la cavité vaginale comprise entre le disque oblitérateur et les culs-de-sac, puis cette cavité une fois pleine, l'eau continue à s'élever dans le tube d'échappement jusqu'au point où il se recourbe. De la sorte toute la surface du vagin dilaté entre en contact avec

le liquide, et c'est un véritable bain à courant ininterrompu qu'on donne à la région. Au moyen du robinet supérieur, on règle le calibre de l'écoulement jusqu'à le rendre très étroit, et de cette manière un bock de 3 litres met une demi-heure à se vider ; on le remplit de nouveau sans toucher à rien, et cela plusieurs fois de suite selon que l'irrigation dure une heure, une heure et demie, deux

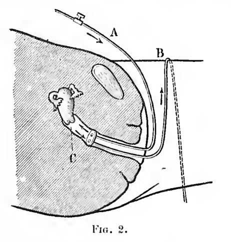


Fig. 2.

A, Tube supérieur amenant l'eau ;
B, Tube inférieur ou d'échappement passant sur la cuisse de la malade, de telle sorte que l'eau doit remplir la cavité vaginale C avant de remonter jusqu'en B pour s'écouler au dehors.

heures, etc. Pendant ce temps, la malade peut lire et même s'occuper à de petits travaux. Selon les sujets il faut, bien entendu, prendre un appareil plus ou moins large, car un anneau trop petit ou trop grand bascule et le liquide sort par la vulve.

Le vase qui contient l'eau est posé, à l'hôpital, sur la planche située à la tête du lit, c'est-à-dire à 50 cen-

timètres environ au-dessus du niveau du matelas. Si pour augmenter la pression on veut élever ce vase, il ne faut aller que progressivement et avec beaucoup de prudence, car cette pression devient très puissante, elle provoque des douleurs et j'ai redouté des accidents.

Ainsi sans aucune fatigue, couchée dans son lit, les jambes étendues et rapprochées dans une position naturelle, la malade reçoit une injection qui coule aussi longtemps que le désire le médecin. En lui-même l'appareil n'est guère plus gênant qu'un pessaire de Dumontpallier, mais il a cependant des inconvénients que je me fais un devoir de signaler : il ne saurait être placé que par des mains expérimentées, et de très gros caillots sanguins, dans le traitement des métrorrhagies, s'engagent parfois dans le tube d'échappement et l'oblitèrent.

II

Le liquide employé pour les irrigations est presque toujours l'eau chaude, cependant je me suis aussi servi, dans quelques cas de métrite, d'une décoction de feuilles d'Eucalyptus; on ajoute encore à l'eau d'autres astringents ou des antiseptiques, et je me demande si on ne pourrait pas avec avantage essayer d'une solution plus ou moins étendue de sels de Salies par exemple.

L'eau portée à haute température, 45° à 50°, a des propriétés très bien mises en évidence aujourd'hui et sur lesquelles il devient inutile d'insister. Elle est hémostatique, antiphlogistique et sédative, antiseptique jusqu'à un certain point, anesthésique même (Reclus). Ces qualités répondent à diverses indications dans le cours de maladies utérines énumérées un peu plus loin.

Mais un autre résultat de l'irrigation, très utile et très important, mérite d'être exposé d'une façon toute spéciale.

Comme le dit Auvard, (*Bulletin de thérapeutique*, 1896, page 14), une injection vraiment efficace doit, outre une influence thermique, avoir « *une influence mécanique* en distendant le vagin, de manière à exercer une sorte de massage sur les tissus et organes riverains. » Ce massage, cette malaxation, me paraissent obtenus assez facilement avec l'appareil que je décris. L'eau retenue entre les culs-de-sac, la paroi du vagin d'une part, et le disque de caoutchouc de l'autre, se trouve dans une cavité close où on peut lui faire subir la pression qu'on désire afin qu'elle la transmette excentriquement sur la région environnante ; il suffit pour cela d'élever ou d'abaisser le réservoir d'où l'eau s'écoule. Cette pression, jointe à l'effet du courant ininterrompu, exécute une espèce de massage dont le médecin change à son gré la force et la durée.

III

Indications. — Ces longues irrigations d'eau chaude comptent parmi les bons moyens hémostatiques dont nous pouvons disposer. Dans les métrorrhagies de l'endométrite elles n'ont pas à coup sûr la radicale efficacité du curetage ; mais cette dernière opération ne s'impose pas toujours d'emblée, elle peut même ne pas être acceptée au moins au début des accidents. Les cardiaques sont parfois atteintes de congestion passive du système génital qui s'accompagne de métrorrhagies persistantes en dehors même de toute attaque d'asystolie. L'eau chaude à courants continus, aidée de quelques préparations d'ergotine et de digitale mêlées, modifie très heureusement l'état d'engorgement de la matrice, arrête les pertes qui menaçaient de s'éterniser et je l'ai vue réussir chez une mitrale qui avait été curetée sans aucun succès ; son emploi est encore recommandé contre les hémorrhagies causées par les

fibromes, les péri-métrites, etc..., ce sont là des indications connues sur lesquelles il est inutile d'insister.

Les effets de massage, les propriétés sédatives et antiphlogistiques des irrigations les rendent utiles au cours de plusieurs maladies génitales, dans certaines métrites, surtout lorsque le col rouge, volumineux, prend cet aspect qui fait conseiller des scarifications, dans les phlegmasies périutérines, etc.

Quelques résultats aussi favorables qu'inattendus m'ont été donnés par l'irrigation chaude et continue pratiquée comme unique traitement de *salpingites récentes* : des tumeurs assez grosses formées par une lésion des trompes, se sont modifiées de telle sorte que les unes ont complètement disparu, les autres ont diminué dans de grandes proportions en même temps que les symptômes douloureux s'amendaient. Mais pour cela plusieurs conditions me paraissent nécessaires. Plus la salpingite est récente, plus nombreuses sont les chances de guérison. En outre, il se produit souvent un singulier phénomène : les premiers jours, le traitement provoque des coliques sans qu'il survienne aucune amélioration notable dans l'état local ; arrive une époque de règles, et lorsqu'elle est terminée, on est surpris de constater que la tumeur a perdu la moitié ou les trois-quarts de son volume. Il semblerait que les organes ayant subi pendant longtemps l'influence de l'irrigation, étant préparés pour ainsi dire, la congestion et le flux sanguin emportent les obstacles, ce qui permet à la trompe de se vider. Peu importe l'interprétation, le fait certain c'est que la salpingite diminue surtout pendant et après les règles. Quel que soit le résultat obtenu, nul ou insignifiant au début, il faut donc persévérer au moins jusqu'à une période menstruelle, et deux ou trois périodes sont quelquefois nécessaires pour amener la disparition ou un grand affaissement de la tumeur. J'ai pu suivre plusieurs malades autant

à Beaujon qu'à la Pitié où mon maître M. Albert Robin a bien voulu m'autoriser à les traiter dans son service. Voici, entre autres, trois observations assez intéressantes :

OBSERVATION I

Salpingite aiguë dans le cours d'une métrite chronique.

La nommée Ch... A..., âgée de 45 ans, journalière, entre à La Pitié salle Valleix, n° 25, le 22 octobre 1895 (Service du Dr A. Robin.)

Cette femme, forte et vigoureuse, de bonne santé habituelle, a été réglée à 11 ans 1/2 ; sa menstruation est très longtemps restée normale. Elle a eu huit grossesses qui se sont terminées sans accidents ; mais depuis les premières elle était sujette à des pertes blanches.

Dans les derniers jours de 1894, la malade se fatigue et maigrit beaucoup. — Aux mois de janvier et février 1895 les règles coulent plus abondantes et durent dix et onze jours, mais sans être accompagnées de souffrances ; puis tout rentre dans l'ordre.

Au mois d'octobre 1895, les règles arrivent de nouveau très abondantes, avec de nombreux caillots, et le lendemain de leur terminaison, *le 11 octobre*, surviennent des douleurs très vives dans le bas-ventre, surtout du côté gauche ; la malade se plaint de frissons, mais pas de nausées ; elle entre alors à l'hôpital où on ne lui trouve pas de fièvre. Le toucher vaginal, aidé du palper abdominal, fait constater dans le cul-de-sac gauche une tumeur assez volumineuse, très sensible à la pression ; c'est la trompe. L'utérus est gros, au spéculum on voit le col rouge, ulcéré et saignant au moindre attouchement.

On prescrit une irrigation durant une heure tous les matins et le séjour au lit ; à la suite de la première irrigation la malade éprouve dans la journée des coliques pénibles et elle expulse quelque chose qui, d'après ce qu'elle dit, ressemble

fort à un caillot. — Dès le lendemain, les coliques s'apaisent puis disparaissent définitivement.

Le 4 novembre, les règles reviennent sans douleurs. La tumeur a beaucoup diminué *le 12 novembre*, mais il persiste de l'empâtement de tout le cul-de-sac gauche. On continue les irrigations, jusque dans les premiers jours du mois de janvier où la malade quitte l'hôpital; le cul-de-sac est tout à fait libre, la tumeur n'est plus perceptible par le toucher, et cette dernière amélioration avait été surtout constatée à la suite des règles du mois de décembre.

Le col utérin est toujours gros et légèrement ulcéré.

Observation II

Salpingite double, peut-être blennorrhagique.

La nommée D..., cuisinière, âgée de 19 ans, entre à Beaujon, salle Béhier, n° 33, le 28 janvier 1896.

De bonne santé habituelle, elle a été réglée pour la première fois en octobre 1894, d'une façon tardive à l'âge de 18 ans. La puberté s'est établie sans souffrance; pas d'accouchement, ni de fausse-couche.

En octobre 1895, la malade est prise d'un écoulement vaginal épais, verdâtre, qui tache le linge; peu après les mictions deviennent douloureuses.

En décembre 1895, dix jours environ après les règles, elle ressent dans le bas-ventre, surtout à gauche, une vive douleur qui irradie dans la région lombaire et la jambe. Elle s'alite et il survient une métrorrhagie avec caillots; les douleurs s'apaisent un peu du milieu de décembre à la fin de janvier, époque à laquelle cette femme entre à l'hôpital. Elle dit avoir eu tous les 6, 8 jours des pertes de sang variables comme abondance; dans la journée elle se plaignait de céphalalgie, de frissons; les souffrances, s'exaspérant la nuit, amenaient de l'insomnie si bien que *le 28 janvier* la malade vient à Beaujon.

Elle prétend avoir maigri ; ses digestions sont pénibles, elle est constipée, et dans l'après-midi ressent des maux de tête : l'écoulement leucorrhéique(?) persiste. La pression sur le bas-ventre réveille une vive douleur du côté gauche. L'utérus est mobile, mais dans le cul-de-sac gauche on sent une masse du volume d'une noix, assez résistante, très sensible et s'étendant jusque dans le cul-de-sac postérieur.

On prescrit des irrigations chaudes durant une heure tous les matins (il passe environ six litres de liquide); les jours suivants les douleurs continuent, mais les métrorrhagies s'arrêtent définitivement.

Le 18 février la malade se plaint de nouvelles souffrances siègeant *à droite ;* dans le cul-de-sac droit on trouve une petite tumeur.

Les douleurs bi-latérales continuent, variables comme intensité jusque vers *le 24 février*, époque où elles s'atténuent très notablement.

Le 28 février, les règles apparaissent trés abondantes et coulent jusqu'au *6 mars;* à la suite des règles la malade se trouve très bien et ne ressent plus de souffrances. On la touche et on constate que la tumeur gauche a diminué de plus de moitié et ne conserve aucune sensibilité à la pression ; à droite le cul-de-sac est libre.

La malade est encore en traitement mais ne souffre plus.

Observation III

Salpingite double avec phlegmasie péri-utérine.

La nommée W... F..., âgée de 20 ans, couturière, entre le 5 novembre 1895 à La Pitié, salle Valleix, nº 5. (Service du Dr A. Robin.)

Puberté à 12 ans ; puis aménorrhée qui dure jusqu'à l'âge de 14 ans, et depuis, la menstruation est établie d'une façon régulière; pas d'accouchement ni de fausse-couche.

Dans les premiers jours *d'octobre 1895*, elle a de la leucor-

rhée et souffre en urinant (?) Vers la fin d'octobre, elle est prise de douleurs abdominales dans les deux fosses iliaques, mais surtout très marquées à droite, et irradiant dans les lombes et les cuisses.

Le 8 novembre on constate une phlegmasie péri-utérine qui entoure la matrice et, de plus, tout le ligament large droit est empâté et douloureux.

On prescrit des cataplasmes sur le bas-ventre, une purgation légère, et des irrigations chaudes de une heure.

18 novembre. — La température s'élève à 39°2; on donne 0gr,50 de sulfate de quinine.

23 novembre. — Les douleurs ont diminué à droite, mais persistent à gauche; la malade est indocile et ne veut pas garder le lit. Au toucher vaginal l'empâtement est moins considérable à droite. La fièvre revient irrégulièrement le soir.

4 décembre. — L'approche des règles rend les irrigations pénibles à supporter; on les suspend.

14 décembre. — Les règles sont terminées; à droite la masse a diminué de plus des deux tiers, mais il reste quelque chose à gauche. Le toucher est à peine sensible.

A la fin de décembre, la malade sort de l'hôpital pour reprendre son travail, mais rentre quelques jours après ayant ses règles et se plaignant surtout du côté gauche.

Le 11 janvier 1896, la fin des règles amène une détente des souffrances.

Le 15 janvier, la malade croit que les irrigations lui donnent des douleurs dans l'aine gauche(?) et les arrête pendant quelques jours.

Le 27 janvier, elle veut aller au Vésinet; l'état local est extrêmement amélioré; on ne sent presque plus rien à droite, il persiste un noyau à gauche.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Note sur la durée de l'immunité vaccinale conférée par la variole dans le nord de la Chine,

Par le Dr J-J. Matignon

Médecin aide-major de 1re classe,
Attaché à la légation française à Pékin.

A la fin de l'hiver 1894-1895, nous fûmes surpris, au moment où nous pratiquions la vaccination et la revaccination des Européens et des divers détachements qui étaient, à l'occasion de la guerre, montés à Pékin, de voir ces dernières suivies de succès sur nombre de marins espagnols et italiens, qui portaient sur les bras les traces d'un vaccin légitime datant de deux ans et sur un Français et un Espagnol, qui, quelque vingt ans plus tôt, avaient eu la variole.

Il nous parut intéressant de rechercher si l'immunité vaccinale, conférée par une atteinte de variole, était, en Chine, de courte durée, et, dans ce but, nous pratiquâmes au printemps, à l'automne et au commencement de l'hiver de 1895 des vaccinations sur les enfants des missions catholiques de Cha-la-Eul, du collège français du Nan-t'ang et de l'orphelinat des petites filles du Ien-t'sé-t'ang.

Nous choisîmes, à cet effet, ceux des enfants qui portaient les traces les plus manifestes de la variole.

122 *enfants*, filles ou garçons, furent vaccinés par scarification ou piqûre.

Nous eûmes 73 *succès* et deux cas douteux, soit 59,8 0/0.

Les enfants avaient un *âge moyen* de 5,11 ans et la variole les avait atteints à l'âge de 3,8 ans.

L'immunité, considérée *pour* l'ensemble des enfants, a duré 8 ans; celle des vaccinés avec succès a été de 8,33 ans.

Nos vaccinations ont été partagées en trois séries.

La première série porte sur les enfants trouvés de la mission de Cha-la-Eul, sise hors de Pékin. Les vaccinations furent pratiquées fin mai 1895.

Nous avons procédé par scarifications et par piqûres. Les résultats différents que nous avons obtenus montrent nettement la supériorité de la méthode par scarification.

Le vaccin dont nous nous sommes toujours servi est de la pulpe glycérinée de buffle qui nous a été très obligeamment adressé par M. le médecin de 1re classe des colonies Lépinay, directeur du laboratoire de Saïgon.

a) 36 *enfants*, d'un âge moyen de 10,08 ans sont vaccinés par *scarifications*. Ils ont eu la variole à l'âge de 1,65 ans.

Résultat : 28 succès, soit 77,7 0/0.

L'immunité prise en bloc a duré 7 ans 1/2; chez les enfants vaccinés avec succès, elle a été de 7,13 ans.

Comme *complications*, notons huit fois de l'adénite axillaire, parfois assez douloureuse, soit dans 28,5 0/0 des cas. Cette fréquence de l'adénite peut, croyons-nous, être expliquée de la façon suivante : la vaccination a été pratiquée pendant la saison chaude; de plus, les enfants sont très sales; beaucoup ont écorché leurs pustules et c'est surtout chez ces derniers que s'est montrée l'adénite douloureuse. — Pas de suppuration, pas de phénomènes généraux.

Chez certains enfants nous fîmes 5 scarifications; il y eut, en moyenne, 4 pustules, soit 80 0/0; chez d'autres on n'en fit que trois, qui donnèrent naissance à 2,21 pustules, soit 73,3 0/0.

b) *Le résultat des piqûres* fut moins satisfaisant :

19 *enfants*, d'un âge moyen de 13,1 ans, ayant eu la variole à 4,2 ans, reçoivent 4 piqûres.

Résultat : 6 succès, soit 31,5 0/0.

Comme *complication*, une adénite légère, soit 16,6 0/0.

Les 4 piqûres donnent en moyenne 2 pustules, soit 50 0/0.

La vaccine a évolué en trois jours et demi.

Nous n'avons pu, dans aucun cas, établir de rapport entre l'immunité et la gravité d'une première atteinte de variole, jugée par les marques qu'elle laisse sur la figure. Beaucoup d'enfants dont les cicatrices varioliques étaient minimes sont restés réfractaires au vaccin, alors que d'autres portant des cicatrices vicieuses de l'œil ou de la lèvre ont été parfaitement réceptifs.

Deuxième série. — Au commencement de l'automne, nous avons vacciné, par scarifications et piqûres, les enfants variolés du collège français du Nan-t'ang, situé dans Pékin.

a) 26 *enfants*, d'un âge moyen de 12,7 ans, reçurent 3 *scarifications*. Ils avaient eu la variole à 3,9 ans.

Résultat : 19 succès, soit 79,9 0/0.

L'immunité globale a duré 8,45 ans; celle des vaccinés avec succès 8,6 ans.

Les trois scarifications produisirent 2,26 boutons, soit 75,3 0/0.

A noter comme *complication :* 3 adénites légères, 15,7 0/0.

b) 13 *enfants*, d'un âge moyen de 12,7 ans, ayant eu la variole à 3,5 ans, reçoivent 3 *piqûres*.

Résultat : 4 succès, soit 30,7 0/0.

L'immunité générale a été de 9,1 ans; celle des 4 enfants vaccinés avec succès de 8,7 ans.

Les trois piqûres donnent 1,5 pustules, 50 0/0.

La vaccine a évolué en quatre jours et demi.

Dans les deux modes de vaccination, nous n'avons pu

noter de rapport entre la gravité d'une atteinte antérieure jugée d'après les cicatrices et la réceptivité vaccinale.

Troisième série. — Les petites filles de l'orphelinat du Ien-t'sé-t'ang, situé dans le nord de Pékin, sont vaccinées par scarifications au milieu du mois de novembre.

30 *enfants*, ayant en moyenne 9,9 ans et ayant eu la variole à l'âge de 2,7 ans, reçoivent 5 scarifications.

Résultat : 16 succès, soit 53 0/0, et deux cas douteux.

L'immunité des 30 enfants a duré 7,1 ans et celle des 16 fillettes vaccinées avec succès 7 ans.

Complications : une adénite légère, 6,2 0/0.

Les cinq scarifications ont produit 3,68 pustules, soit 73,6 0/0.

Nous avons pris de la sérosité de trois de ces pustules, nettement ombiliquées, dont nous nous sommes servi pour vacciner trois enfants nouveau-nés. Nous avons, chez ces derniers, obtenu par piqûres de très belles pustules vaccinales.

De l'exposé précédent nous pouvons conclure :

1° La variole, dans le nord de la Chine, confère contre la vaccine une immunité temporaire. Sa durée est relativement courte. D'après nos statistiques, la durée maxima est de 9,3 ans; la *durée minima* de 7 ans. Nous ne retiendrons que la dernière, la première étant éminemment variable et fonction même de l'âge des sujets vaccinés.

2° Les succès de la vaccination sont en raison de l'âge de l'enfant. Cette conclusion n'est que le corollaire de la précédente. Les enfants, en Chine, ont généralement la variole en bas âge. Or, plus nous les vaccinerons tard, plus nous aurons de chances de trouver des sujets réceptifs, l'immunité diminuant avec le temps. En effet, sur les enfants du collège, dont l'âge moyen est de 12 ans, nous avons 79,9 0/0 de succès ; sur ceux de Cha-la-Eul, âgés de 5, 8, 11 ans, nous obtenons 77,7 0/0 de succès; et sur les orphe-

lines du Ien-tsé-t'ang, qui ont 9,9 ans, la proportion tombe à 53,3 0/0.

3° Le succès est en raison directe de la quantité de vaccin inoculé. Aussi la scarification donne-t-elle un pourcentage de beaucoup inférieur — presque 2 fois 1/2 — à celui de la piqûre.

A Cha-la-Eul, nous obtenons :

Scarifications : 77,7 0/0 de succès;

Piqûres : 31,5 0/0.

Au collège du Nan-t'ang :

Scarification : 79,1 0/0.

Piqûres : 30,7 0/0.

Des résultats identiques sont obtenus par revaccination d'enfants vaccinés quelques années auparavant, la scarification donnant 71,1 0/0 de succès et la piqûre 33 0/0.

De plus, si nous examinons le nombre des pustules vaccinales consécutives aux scarifications et aux piqûres, nous trouvons :

A Cha-la-Eul :

73,3 0/0 et 80 0/0 des scarifications suivies de pustules vaccinales ;

50 0/0 de piqûres suivies de pustules vaccinales.

Au collège, même résultat :

75,3 0/0 de scarifications donnent naissance à des pustules ;

50 0/0 des piqûres seulement en produisent.

4° La vaccination par scarification offre sur la méthode par piqûres de réels avantages. En revanche, elle est plus fréquemment compliquée d'adénite ; adénite légère, car il y a plutôt congestion qu'inflammation de la glande et la regression des phénomènes est rapide. Cette fréquence de l'adénite s'explique par ce fait que, après la scarification, les pustules vaccinales sont et plus nombreuses et plus volumineuses qu'après la piqûre ; et partant, les chances

d'excoriation ou d'infection, soit par le grattage, soit par frottement des habits, sont d'autant plus considérables Même remarque a été faite pour la vaccination des enfants non variolés. Mais ces légers inconvénients sont largement compensés par les résultats que donne la scarification, résultats qui sont à peu près deux fois et demie supérieurs à ceux de la piqûre.

5° Les pustules obtenues sont bien des pustules vaccinales. Nous avons inoculé avec succès leur sérosité à des nouveau-nés.

6° Il n'y a pas de rapport à établir entre la gravité supposée d'une variole antérieure jugée par les cicatrices qu'elle laisse sur la figure et la réceptivité vaccinale.

7° Il y a nécessité pour les Européens variolés depuis un certain temps, et habitant Pékin, centre endémique de variole, de se faire revacciner.

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Le pain complet,

Par le Dr Laumonier.

On désigne sous le nom de pain complet, ou pain de Graham, le pain fabriqué non seulement avec l'amande farineuse tout entière du grain de blé, mais aussi avec le germe ou embryon, et les parties amylacées qui adhèrent au *petit son*, parties très riches en matières grasses, en azote et en phosphates. Ce pain complet est le *pain total* quand il est fait, comme l'indique M. Bardet, avec la matière entière du grain, gros son, remoulage, semoules et gruau de blés durs, surtout de blés de Russie. Il faut, dans ce cas, que la farine, de grain

demi-fin et de très belle qualité, soit pétrie à la mécanique, avec addition d'un dixième de levain seulement et cuisson de durée double pour le pâton type de 4 livres. Mais on ne doit pas confondre ce pain avec le pain dit complet ou *naturel* que certains boulangers de Paris ont la prétention de nous offrir, pain grossier et dépourvu des qualités alimentaires et thérapeutiques du pain de Graham.

Le pain complet constitue un aliment beaucoup plus riche, au point de vue plastique, que le pain blanc ordinaire, relativement pauvre, comme l'ont montré MM. Galippe et Barré, en gluten et en phosphates. Cette valeur alimentaire plus grande est mise en évidence par le tableau suivant :

	ENVELOPPE.	AMANDE.	GERME.
Matières azotées..........	18,75	11,90	42,5
— grasses..........	5,60	1,40	12,5
— minérales........	4,68	0,80	5,3

Le pain ordinaire, le pain blanc de Paris, ne renferme guère que l'amande, et même quand il s'agit de farines de premier jet et de gruaux fins, la partie centrale seule de cette amande, plus pauvre encore en gluten, en graisse et en matières minérales. On a alors un aliment qui ne renferme pas plus de 6.5 à 7 p. 100 de matières azotées, 0.5 de graisse et 1 de matières minérales, avec 55 d'amidon et 36 d'eau.

Le pain complet, au contraire, contient non seulement la totalité de l'amande farineuse, mais aussi l'embyron, très riche en graisse, en azote et en phosphates, comme le montre le tableau précédent, et une partie au moins de l'enveloppe adhérente. Cet aliment donne ainsi 11 p. 100 de matières azotées, 1.2 de graisses et 1.5 de matières salines, avec seulement 45 à 48 d'amidon et 36 d'eau.

Le tableau suivant facilite la comparaison entre le pain

blanc et le pain complet au point de vue de leur teneur respective en matériaux plastiques.

	PAIN BLANC.	PAIN COMPLET.
Matières azotées	6,5	11
— grasses	0,5	1,2
— minérales	1	1,5

Il ne semble donc pas douteux que le pain complet soit de tous points préférable au pain blanc ordinaire.

Mais cette conclusion a été contestée et pour différentes raisons.

On admet aujourd'hui, depuis les recherches de Rubner et de Lapicque, que, notre dépense en albumine étant faible, l'aliment essentiel est le sucre et, par conséquent, l'amidon saccharifiable. Diminuer la teneur du pain en amidon, c'est donc porter atteinte à sa valeur alimentaire. Cet argument n'est pas décisif. En effet, l'albumine est le seul aliment irremplaçable et, si faible que soit sa dépense, il faut cependant pourvoir, de toute nécessité, à la recette correspondante. Sans doute, il importe peu que les personnes qui ont un régime succulent trouvent dans leur pain quelques grammes d'albumine en plus ou en moins ; mais il n'en est pas de même pour les ouvriers, les paysans, les soldats, les végétariens qui font du pain leur aliment dominant. Où prendront-ils l'albumine dont ils ont besoin s'ils ne la trouvent pas dans la matière préparée qui fait le fond de leur alimentation ? M. Balland n'a-t-il pas calculé que la substitution du pain complet au pain de troupe enrichirait la ration journalière du soldat de 3 grammes de matières azotées ? D'ailleurs est-il bien certain que notre dépense en albumine soit si faible ? La quantité d'urée qu'élimine tout adulte bien portant, dans les conditions normales, exprime la destruction d'une quantité

correspondante d'albumine qui a besoin d'être restituée à l'organisme, que cette albumine désintégrée vienne de nos tissus, de l'apport alimentaire ou même de la *consommation de luxe* indiquée par M. Richet, puisque, d'après ce que l'on sait de l'uropoïèse, cette désintégration répond à l'activité propre des cellules hépatiques.

M. Aimé Girard, toutefois, a montré que les matières azotées de l'enveloppe du grain, introduites dans le pain complet, ne sont ni digestibles ni assimilables et se retrouvent à peu près entièrement dans les fèces. Mais, comme le remarque justement M. Vallin, aucun hygiéniste n'a demandé l'adjonction du gros son — favorable seulement aux gens constipés — à l'état de gros son, mais bien à l'état de farine fine comme les gruaux durs qui adhèrent au petit son et les embryons. En ce qui concerne ces derniers, il y a quelques années déjà que le regretté Dr Dujardin-Beaumetz vantait leur richesse en matières grasses et azotées, leur assimilabilité et en préconisait l'emploi dans l'alimentation infantile. Mais pour les gruaux durs — qui ne paraissent pas moins digestibles — une difficulté technique se présente : celle de séparer de l'épisperme du grain les couches extérieures de l'amande farineuse, les plus riches cependant en gluten, en graisses et en phosphates, et d'isoler le ferment qui attaque le gluten et l'amidon et confère au gros pain bis sa saveur et son odeur désagréables. Il faut reconnaitre que, jusqu'à présent, aucun procédé pratique n'a été indiqué pour vaincre cette difficulté. Le procédé de Mège-Mouriès est compliqué, imparfait et coûteux ; celui de Steinmetz, signalé par M. Balland, encore à l'étude. Dans son étude sur le pain de Graham, M. Bardet a indiqué dans quelles conditions la mouture doit s'opérer. Mais, bien que cette mouture ne réclame pas d'appareil spécial, elle exige cependant quatre opérations distinctes, un mélange intime, un pétrissage prolongé et enfin un minotier instruit et honnête. Là est l'obstacle, car, ne l'oublions pas, la vente du pain complet facilite singulière-

ment la fraude, et c'est pourquoi Bouchardat en avait repoussé l'usage.

Les matières grasses, plus abondantes dans le pain complet, ont des avantages et des inconvénients. Elles augmentent la valeur alimentaire du pain, lui confèrent son arôme et sa souplesse, et jouissent de propriétés laxatives ; mais, rancissant assez vite, elles peuvent donner à l'aliment un goût et une odeur désagréables.

Mais il est un point sur lequel heureusement tout le monde tombe d'accord : les services que peut rendre le pain complet par suite de sa richesse en phosphates. Il est impossible de traiter ici cette question, qui demande d'assez longs développements, car le phosphore n'est pas nécessaire seulement à la formation des os et du système musculaire, mais aussi à la constitution du noyau de toutes les cellules. C'est pourquoi on doit absolument tenir compte, pour l'établissement des rations, de l'isodynamie et du pouvoir plastique, de la teneur des aliments en acide phosphorique. Mais, pour le phosphore comme pour le fer, l'assimilabilité directe n'est possible — et l'expérience le prouve — que lorsque le phosphore est, non sous forme minérale ou médicamenteuse, mais sous forme organique, c'est-à-dire fait partie intégrante d'un tissu vivant. C'est là ce qui explique l'utilité immédiate des phosphates que renferme le pain complet.

En résumé, le pain complet, tel qu'il a été défini, est un excellent aliment, bien supérieur, au point de vue plastique, au pain blanc. Il est des plus recommandables pour les ouvriers, les paysans, les soldats, les adolescents, les femmes enceintes ; néanmoins les gens qui ont un régime succulent doivent s'en tenir au pain blanc. Quant au pain de son, il n'est bon, comme le dit M. Vallin, que pour les chiens et les personnes constipées.

Mais ce serait une erreur de croire que ce pain complet existe, au moins d'une manière courante, dans les boulangeries de Paris ou des grandes villes. La plupart des pains,

plus ou moins bis, vendus sous le nom de *pain naturel*, *pain complet*, etc., ne sont que des pains ordinaires, auxquels on a mélangé du son, de la farine de seigle et quelquefois même des farines avariées. Ce pain-là, il faut l'éviter, car il est moins riche encore que le pain ordinaire en matières plastiques et ne contient à la place que du ligneux ou de la cellulose indigérables. Seul, le vrai *pain de ménage* se rapproche du pain complot, mais il est difficile de s'en procurer à Paris, où la blancheur du pain est réputée indispensable. Si donc beaucoup de boulangers ont consenti à aller à l'encontre de ce préjugé, c'est qu'ils ont vu, dans l'adoption d'un nouveau pain, un moyen facile d'écouler des produits de peu de valeur ou avariés. Ces fraudes s'expliquent en partie par les difficultés techniques signalées plus haut, et tant qu'on n'aura pas trouvé moyen de les vaincre, par un procédé pratique et peu coûteux, le vrai pain complet a grande chance de rester, pour la majorité des consommateurs, un aliment purement *théorique*.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS (1)

Chirurgie générale.

Resectio pylori Gastroenterostomie et Pyloroplastie (Haberkant, *Archiv für klinische Chirurgie*, Berlin 1895, t. LI, fasc. 3, p. 484-550). — L'auteur a recueilli un grand nombre de cas d'opérations pratiquées sur l'estomac et publiées dans la littérature médicale. Il trouve pour la mortalité de ces opérations les résultats suivants :

---

(1) La Revue est faite par les soins de l'Institut international de bibliographie, dirigé par le Dr Marcel Baudoin.

Résection du pylore pour carcinome, 54,4 0/0; pour ulcère, 40 0/0;

Gastroentérostomie pour carcinome, 43,5 0/0; pour ulcère, 25,50 0/0;

Pyloroplastie pour carcinome, 00; pour ulcère, 22,70 0/0.

Près du quart de tous les décès est causé par la péritonite. Cette complication est plus fréquente avec la résection du pylore qu'avec la gastroentérostomie, parce que dans le premier cas l'opération est plus longue et la suture plus compliquée.

Le gaïacol dans le traitement des cystites chroniques douloureuses (G. Collin, *journ. de Méd. et de Ch. prat.*, 25 janv. 1896). — L'auteur a employé les injections intra-vésicales d'huile de gaïacol, d'huile de carbonate de gaïacol simples ou iodoformées dans le traitement des cystites chroniques douloureuses et en particulier des cystites tuberculeuses. Colin s'est servi de la solution huileuse au 1/20 pour le gaïacol, dont on injecte une dose variable de 1 à 2 grammes en une ou deux fois par jour :

La solution de Picot :

Gaïacol............................	5 grammes.
Iodoforme	1 gramme.
Huile d'olive stérilisée..............	100 grammes.

est celle qu'il emploie pour le gaïacol iodoformé.

L'auteur a ainsi obtenu des succès dus aux propriétés anesthésiques du gaïacol sur la vessie.

Traitement de la kératite infectieuse par le violet de méthyle seul ou combiné à la cautérisation ignée (Chibret, *Soc. d'opht.*, 4 fév. 1896). — Le Dr Chibret (de Clermont-Ferrand), après avoir essayé la teinture d'iode dans le traitement des kératites infectieuses, a adopté les applications locales de violet de méthyle qui lui donnent des résultats bien supé-

rieurs à la teinture d'iode. C'est Stilling qui, le premier, a songé à utilisor le violet de méthyle dans les ulcères de la eornée; mais il n'en a pas précisé la technique.

Chibret se sert d'une solution aleoolique à 1/10e, en application discrète et cireonscrite sur la surfaee de l'uleère.

Dans certaines formes, il ajoute la cautérisation très diserète, au galvano-cautère, des bords de l'ulcère.

Médecine générale

Sur le traitement de la douleur (Goldscheider, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1896, Nos 3-5). — Le traitement de la douleur peut être 1) causal, 2) direct et 3) indirect.

I. *Traitement causal.* — On tâchera de reeonnaître la eause de la douleur et d'y porter remède, le cas échéant. La douleur peut dépendre d'une affection primitive du système nerveux ou des lésions d'autres tissus. Dans le dernier eas le traitement de la douleur passe au second plan devant les indications thérapeutiques déeoulant des modifications pathologiques du tissu en question. Dans quelques affections du système nerveux, comme, par exemple, les névralgies et les névroses, la douleur peut présenter le signe unique ou pathognomonique do la maladie. — Souvent il est tout à fait impossible d'appliquer un traitement étiologique. — Parfois la douleur persiste après la disparition de la cause qui l'a provoquée : nous avons alors affaire à un phénomène psychique.

II. *Traitement direct.* — 1° Agents atténuant l'excitabilité extrême des nerfs, du cerveau, etc., tels que, par exemple, nervins toniques, hypotoniques, froid, éleetricité, ete. On prendra garde d'avoir reeours à des hypnotiques, surtout à l'opium : c'est surtout dans les affeetions ehroniques que l'on aura soin d'éviter ces médicaments. Les bromures par eux-mêmes sont inaptes à faire disparaître la douleur, mais ils rendent des serviees signalés toutes les fois que la dou-

leur est due à l'hyperexcitabilité du système nerveux. L'emploi longtemps continué des antinévralgiques est à déconseiller. — Le traitement de la douleur par l'application locale du froid est souvent utile : la douleur s'atténue notablement, surtout s'il s'agit d'affections pas trop profondément situées. — L'auteur n'a pas réussi à s'assurer de l'atténuation de la douleur sous l'influence de l'application de l'anode.

2° Les révulsifs sont parmi les remèdes les plus utiles contre la douleur, non seulement en cas de neurasthénie, mais aussi quand on a affaire à une douleur organique.

3° Tout en laissant de côté l'influence hypothétique du plus ou moins grand afflux du sang, il faut mettre hors de compte l'utilité des saignées, des applications du chaud et du froid, ainsi que d'autres manœuvres hydrothérapiques. Leur effet est, peut-être, jusqu'à une certaine mesure due à la suggestion.

4° Quant au massage et au traitement par le mouvement (kinétothérapie), l'auteur est d'avis que, jusqu'à l'heure qu'il est, on n'estime pas encore à sa juste valeur l'utilité des mouvements actifs aussi bien que passifs. Dans quelques cas de sciatique et d'arthralgie à la suite de coups, c'est le meilleur traitement à employer.

5° Sous la dénomination de *traitement psychique*, l'auteur étudie la suggestion et l'hypnotisme. Voici sous quels chefs il considère ce mode de traitement :

a) On tâche de provoquer une sensation correspondante ou corrélative à la sensation éprouvée. C'est ainsi, par exemple, que, en cas de paralysie, les mouvements passifs provoquent des sensations correspondantes. C'est ainsi qu'il faut expliquer plusieurs des effets produits par la suggestion, l'électricité, le massage, etc. Un autre exemple est la substitution d'une douleur artificielle à une douleur spontanée.

b) On tâche d'obtenir un effet en provoquant, par suggestion verbale, une idée : par exemple, on suggère aux malades la disparition de la douleur, etc.

c) On fait naitre des idées en vue d'influencer la volonté.

Le premier procédé est parfaitement légitime : il est basé sur des principes physiologiques. La deuxième méthode est intéressante sous ce rapport qu'elle nous laisse entrevoir la limite extrême jusqu'où peut aller la suggestion. Si, en effet, il est tout à fait permis de faire cesser la douleur en suggérant chez le malade le sommeil hypnotique à l'aide d'un breuvage indifférent quelconque, il en va tout autrement quand on se met à suggérer des idées et des sensations fausses. Quant à la troisième méthode, l'auteur la critique fortement.

III. *Traitement indirect.* — Dans ce chapitre l'auteur s'occupe de la nutrition générale des malades. (*Epitome of current medical literature, supplement to the British medical Journal* du 14 mars 1896, p. 44.)

Maladies de la peau et syphilis.

Traitement de la blennorrhagie par l'airol (Legueu et L. Levy, *Soc. de derm. et de syph.*, 13 fév. 1896). — Les auteurs ont employé avec succès l'airol dans des cas de gonococcies datant de trois mois, deux mois, cinq semaines et quinze jours. On emploie une émulsion au dixième dans l'eau et la glycérine.

Glycérine	15	grammes.
Eau	5	—
Airol	2	—

Après lavage de l'urèthre antérieur à l'eau boriquée, on injecte dans le canal 10 centimètres cubes de l'émulsion d'airol; cette injection est répétée les jours suivants.

L'injection détermine une certaine brûlure qui ne dure pas et, dès le premier jour, les douleurs de la miction s'atténuent et l'écoulement diminue. Après quatre à cinq jours, il a complètement disparu. Les malades observés ont guéri après 3 à 5 injections.

Le traitement préservatif de la blennorrhagie (Neisser, *Un. méd. de Paris*, 15 fév. 1896). — L'auteur recommande, comme traitement préservatif de la blennorrhagie, le procédé du Dr Blokusewski, de Daun, près Trèves.

Une solution de nitrate d'argent à 2 0/0 est contenue dans un tube de métal qui ne laisse échapper le liquide que par pression et par goutte. Cet appareil très portatif peut être fixé à demeure dans une poche de gilet et prêt à servir au moment opportun.

Lorsqu'on s'est exposé au danger, on fait tomber à l'entrée de l'urèthre, première étape du gonocoque, une ou deux gouttes qui tuent en cinq séances les microbes qui se seraient aventurés un peu au delà de l'orifice du canal. Une troisième goutte répandue sur le frein fait disparaître ceux qui auraient élu résidence dans cet autre point dangereux. Le reste de l'organe peut être simplement lavé.

Vapeur chaude contre l'eczéma (E. A. Liebersohn, *Youjnorousskaia meditsinskaïa Gazetta*, 1895, nos 51 et 52). — Un courant de vapeur d'eau, à 40-50° C., dirigé sur les parties lésées de la peau, enlève les croûtes et les écailles, provoque la desquamation intense de la peau, contribue à la résorption des infiltrations cutanées superficielles ou profondes, diminue ou même fait cesser complètement la formation du pus sur les ulcérations dépourvues d'épiderme, et a pour résultat la régénération active des tissus, même là où, par suite de l'inflammation chronique de la peau, le rétablissement de l'état normal rencontre des difficultés extrêmes.

L'appareil dont se sert l'auteur consiste en un cylindre de cuivre à paroi épaisse, hermétiquement fermé, de 2 à 3 verres de contenu, dont le fond est chauffé par une lampe à alcool. Le couvercle du cylindre est muni de deux trous : un pour y verser de l'eau (ce trou est fermé par un bouchon métallique qui y est hermétiquement vissé), et l'autre laisse passer un tube à courbure angulaire (ce tube, lui aussi, passe à frotte-

ment dans ce trou). L'extrémité libre de ce tube s'unit, à l'aide d'un tube en caoutchouc (long de $0^m,35$ environ), à un bout auquel est assujetti un manche en bois. Suivant la sensibilité de la peau, ce bout en est rapproché de 10 à 8 centimètres environ.

Les séances commenceront par être d'un quart d'heure pour arriver ensuite à une demi-heure de durée.

Ainsi qu'en témoignent les deux histoires rapportées par l'auteur (les autres cas sont encore en traitement), les résultats obtenus par lui ont été très bons.

La vapeur d'eau pure peut être remplacée par la vapeur d'eau additionnée de diverses substances médicamenteuses. (*Vratch*, 1896, n° 8, p. 227 et 228.)

Sérothérapie.

Sérothérapie de la fièvre typhoïde (Chantemesse, *Soc. de biologie*, 22 fév. 1896). — L'auteur a utilisé la méthode d'Elsner (nouveau procédé de culture du bacille typhique à l'aide de l'iodure de potassium qui empêche le développement des autres microbes) pour la recherche systématique du bacille d'Eberth dans les garde-robes. Ce procédé, appelé à rendre de grands services pour le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde, permettra d'utiliser de très bonne heure un traitement spécifique qui nous a manqué jusqu'ici : la sérothérapie de la fièvre typhoïde. Depuis le mois de juin de l'année dernière, l'auteur a immunisé plusieurs chevaux contre le virus typhique. Le sérum qu'il a obtenu possède une puissance préventive telle qu'un cinquième de goutte, inoculé vingt-quatre heures d'avance à un cobaye, le protège efficacement contre la dose de virus typhique, mortelle pour les animaux témoins. Aprés s'être assuré que ce sérum était préventif et curatif pour les animaux, et qu'il n'avait aucun mauvais effet, ni sur ces derniers ni sur l'homme en bonne santé, l'auteur l'a utilisé pour traiter trois typhiques ayant des bacilles

d'Eberth dans les garde-robes : sept jours après le début des injections, ces trois malades étaient rendus à la santé.

REVUE DES LIVRES

Médecine

Leçons de clinique médicale, par le Dr G. Lancereaux (1 vol. in-8° de 518 pages. Paris, Battaille et Cie éditeurs ; prix 10 fr.)

Le Dr E. Lancereaux, vient de publier son second volume de *Leçons de clinique médicale.*

Ce volume est principalement consacré à l'étude des affections des artères, du cou et des reins. L'auteur montre que c'est en s'appuyant sur ses connaissances anatomiques, physiologiques et chimiques préalablement acquises, que le médecin parvient à déterminer le siège et les conditions morbides des éléments et des tissus affectés, ce qui lui permet, la plupart du temps, de remonter à la source du mal et d'en prévoir la marche et l'issue. Alors seulement il est à même de formuler des indications thérapeutiques rationnelles et utiles et d'employer des moyens qui doivent être uniques ou peu nombreux.

Éminemment intéressant et utile, ce livre trouvera sans nul doute le succès qu'il mérite auprès de tous les médecins, cliniciens et autres.

M. le Dr Lancereaux est un auteur essentiellement original, tout le monde peut ne pas partager ses opinions, mais il n'y a pas de doute que la façon dont il les énonce est des plus intéressantes et de lecture instructive.

Pathologie externe

Résultats de l'examen de dix mille observations de hernies, par Paul Berger, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, chirurgien de l'hôpital de la Pitié. (1 vol in-8°, 4 fr. — Félix Alcan, éditeur.)

M. le professeur Berger a communiqué au dernier Congrès fran-

çais de chirurgie cet important travail, résultat de ses observations recueillies pendant quatre années au Bureau central des hôpitaux de Paris.

Cette statistique, la plus considérable de celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour, est le résultat d'observations absolument personnelles; tous les malades ont étés examinés par l'auteur lui-même, et il a tenu note de toutes les particularités que présentait chaque cas étudié.

L'ouvrage est divisé en quatre parties : dans la première, M. Berger examine la fréquence de la hernie dans les deux sexes ; dans la seconde, il étudie les relations de la hernie avec l'âge de ceux qui la portent; la troisième renferme l'étude des conditions étiologiques qui ont une influence manifeste sur le développement des hernies; enfin, dans la quatrième, l'auteur passe en revue les complications et accidents des hernies qui s'étaient antérieurement produits, ou qui existaient chez les malades soumis à son intervention.

La considération de ces documents l'amène ensuite à poser des conclusions sur les dangers auxquels exposent les hernies et sur les déductions que l'on peut en tirer au point de vue des indications de l'opération de la cure radicale. Enfin, il montre les dissidences qui existent entre ses résultats et ceux, souvent même contradictoires, de ses prédécesseurs, et en indique les raisons.

Œuvres du professeur Léon Le Fort, publiées par le Dr Félix Lejars. Tome II. (1 fort vol. in-8°, 20 fr. — Félix Alcan, éditeur.)

Ce second volume comprend les principaux travaux du professeur Léon Le Fort, ayant trait à la chirurgie militaire et à l'enseignement.

La chirurgie militaire y tient une large place. On sait quelle a été la part de Léon Le Fort dans la lutte de presse et d'opinion qui devait aboutir à l'autonomie du corps de santé militaire. Ses *Etudes sur les Guerres de Crimée et d'Amérique*, sur *la Guerre d'Italie en 1859*, son livre de 1872 sur *la Chirurgie militaire et les Sociétés de secours en France et à l'étranger*, ses articles de la *Revue des Deux-Mondes* sur *la Médecine militaire et la loi sur l'Administration de l'armée*, sur *la Médecine militaire et l'Intendance*, etc., marquent les étapes de cette ardente polémique, et renferment une série de documents de haute valeur, des pages historiques d'un

intérêt toujours vivant, comme cette histoire de la première ambulance volontaire au siège de Metz, qui termine son livre de 1872. Aussi, dans une magnifique préface, M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz a-t-il rendu hommage à Léon Le Fort : « Chirurgien militaire de vocation, non de carrière »; il compare son rôle à celui de Percy : « Non seulement Léon Le Fort a pensé comme avait fait le plus grand des hommes qui aient jamais illustré notre état, mais il a, comme lui, lutté pour le triomphe de la bonne cause : aussi il a droit à l'estime et à la reconnaissance de cette chirurgie militaire, à laquelle il apportait, en souvenir de ses jeunes années, l'affectueux hommage de sa gratitude. »

Le même esprit d'organisation, la même méthode d'investigation précise, la même verve pratique se retrouvent dans les travaux d'enseignement, qui forment la seconde partie du volume. Dans ses *Lettres sur la liberté de la pratique et de l'enseignement de la médecine*, dans son *Etude sur l'organisation de la médecine en France et à l'étranger*, dans ses principaux rapports à la Faculté, sur *la création de chaires cliniques spéciales*, sur *la participation des agrégés à l'enseignement*, sur *la réforme des études médicales*, sont posées et discutées de nombreuses questions toujours d'actualité. Et l'on ne saurait trop admirer la puissance et la fécondité de cet esprit, qui s'applique à tant de sujets divers et qui, partout, donne les preuves d'une étude approfondie et d'une conception toujours originale.

Le tome III, consacré à *la chirurgie proprement dite*, est sous presse et terminera l'ouvrage.

La pratique des maladies du larynx, du nez et des oreilles dans les hôpitaux de Paris. Aide-mémoire et formulaire de thérapeutique appliquée, par Paul Lefert. 1 vol. in-18 de 288 pages, cartonné. J.-B. Baillière éditeur. Prix : 3 francs.

Ce volume fait partie du *Manuel du médecin praticien.*

Manuel pratique de dentisterie opératoire et notions élémentaires d'hygiène buccale et de thérapeutique dentaire, à l'usage des médecins. Par le Dr L. Nux. 1 vol. in-18 de 200 pages, avec figures. Paris, O. Doin éditeur. Prix : 3 francs.

Pharmacie

Les médicaments chimiques, par M. le professeur Prunier, de l'école de pharmacie. 1 vol. gr. in-8° de 600 pages, avec nombreuses figures dans le texte. Paris, Masson et Cie, éditeurs. Prix : 15 francs.

C'est là un important ouvrage dont le premier volume seul a encore paru, il est consacré à l'étude des composés minéraux, le second et dernier volume donnera les médicaments empruntés à la chimie organique. Les quinze dernières années ont apporté dans la pharmacie chimique, soit par apport de nouvelles drogues, soit par transformation de doctrines, de très sérieuses transformations. Il était donc nécessaire de remettre les choses au point, c'est ce qu'a fait M. Prunier, avec toute l'autorité dont il dispose.

Technique

Technique microscopique appliquée à l'anatomie pathologique et à la bactériologie, par les Drs Von Kahlden et Laurent. 1 vol. in-8° de 200 pages. Paris, G. Carré éditeur. Prix : 5 francs.

M. Georges Carré s'est fait dans la librairie parisienne scientifique une place très personnelle en publiant des livres étrangers et il a toujours montré un flair réel dans ses choix. Le nouveau volume qu'il édite ne déparera pas sa collection, car il est fort bien fait et peut rendre d'excellents services au débutant. Nous féliciterons surtout les auteurs d'avoir donné dans leur traité la première place à l'anatomie pathologique, depuis quelque temps trop délaissée. En science médicale, on sacrifie vraiment trop volontiers à la mode; la bactériologie avait complètement détrôné l'histologie et l'anatomopathologie, au grand détriment des études, il semble y avoir aujourd'hui un retour en arrière et dans cet ordre d'idées la manière dont MM. de Kalhden et Laurent ont conçu leur petit livre est une manifestation intéressante.

Guide pratique du diagnostic bactériologique des maladies microbiennes, à l'usage du médecin praticien, par le Dr Trouessart. 1 vol. in-16 cartonné de 200 pages, avec figures dans le texte. Paris, Asselin et Houzeau éditeurs. Prix : 4 francs.

Voici un bon petit livre écrit par un homme compétent et capable

de rendre au lecteur les plus appréciables services. C'est un volume sans prétention de haute science, mais très précis et tout à fait au courant des méthodes de recherches faciles et à la portée du médecin praticien. L'auteur donne l'installation d'un laboratoire réduit et économique, quoique susceptible de permettre à son possesseur les diagnostics courants qui sont en somme les seuls vraiment pratiques. De même, les procédés indiqués sont tous d'usage rapide et pourtant suffisants pour arriver à un résultat précis dans le plus grand nombre des cas.

Médecine légale

Notes et observations de médecine légale, attentats aux mœurs, par le docteur Legludic, directeur de l'Ecole de médecine d'Angers. 1 vol. petit in-8° de 350 pages avec figures dans le texte. Paris, Masson et Cie éditeurs. Prix : 5 francs.

Ces notes offrent un réel intérêt pour toute personne qui s'intéresse à la médecine légale et nous avouons l'avoir lu avec le plus vif plaisir, car l'auteur, mettant de côté toute préoccupation didactique, s'est seulement attaché à donner des observations et des idées personnelles sur des cas rares et le récit qu'il en fait, les réflexions qu'ils lui suggèrent sont tous originaux. En lisant le livre de M. Legludic, on éprouve la sensation que l'on parcourt un de ces vieux volumes si consciencieusement écrits par nos pères. Et en émettant cette appréciation, j'ai la prétention de faire à mon confrère Angevin le plus grand compliment, il n'y a qu'en province que l'on ait le temps de penser ; ici à Paris nous voyons, nous parlons et nous entendons beaucoup assurément, mais il faut avouer que nous n'avons plus le temps de penser et par conséquent d'écrire convenablement. On prétend que c'est parce que les temps ont changé et que les besoins ne sont plus les mêmes ; on dit que le lecteur a besoin d'être seulement renseigné d'une façon rapide et précise. Eh bien, quand par bonheur on prend les quelques heures nécessaires pour lire un livre comme celui de notre confrère d'Angers, on est obligé de reconnaître qu'il n'y a encore rien de tel que les choses vues, pour instruire, et que les livres médités pour être suggestifs, dans le vrai sens du mot.

Littérature médicale

Les Causeries de Bianchon, préface d'HENRI LEVEDAN. 1 vol. in-12 de 380 pages. Paris, Société d'éditions scientifiques. Prix : 4 francs.

Vous connaissez tous Bianchon ? C'est le nom sous lequel se dissimule un de nos distingués confrères, pour écrire dans les grands journaux. Sa plume alerte a jadis portraicturé les Grands médecins d'aujourdh'ui, parmi lesquels on en trouvera peut-être plus d'un qui ne sera pas parmi les grands médecins de demain — et ce volume a eu parmi nous un légitime succès. Le présent volume est une série amusante de notes écrites au jour le jour sur les sujets les plus divers et l'on ne saurait trop encourager le lecteur á lire ces lignes où l'humour du meilleur aloi se rencontre avec une rare faculté d'observation. C'est surtout là un merveilleux ouvrage, pour charmer pendant quelques heures les ennuis des courses en voiture du médecin de campagne.

Divers

Enumération méthodique et raisonnée des Mycophites (Champignons et lichens) par le Dr L. MARCHAND, professeur à l'École de pharmacie de Paris. 1 vol. in-8° de 350 pages avec 166 figures. Société d'éditions scientifiques. Prix : 10 francs.

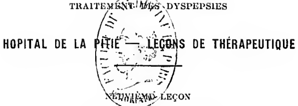
Précis de sciences physiques et naturelles á l'usage des candidats au certificat d'études P. C. N. Chimie. 1 vol. de 300 pages, avec de nombreuses figures dans le texte. Paris, Société d'éditions scientifiques. Prix 4 fr. 50.

The Medical Annual and index practitioners. Contenant la revue de tous les travaux de médecine parus en 1895. A Paris, chez Boiveau et Chevillet.

Dr G. B.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 132.4.96.



HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

NEUVIÈME LEÇON

Traitement des dyspepsies,

Traitement de l'hypersthénie gastrique permanente

(*Suite.*)

Par M. Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

Médications. — Nous avons déjà vu que la logique défend d'une manière absolue l'usage des médicaments excitants dans le traitement des symptômes dyspeptiques dus à une irritation fonctionnelle. En conséquence, tous les amers, quassia, strychnées, etc., doivent être bannis de la thérapeutique de ces affections.

Le premier résultat de ce genre de médication est, en effet, d'exciter la fonction gastrique et par suite d'augmenter considérablement l'état pathologique du malade; elle doit donc être uniquement réservée au traitement des dyspepsies par insuffisance de fonction, et nous verrons que dans ces cas elle est capable de fournir les meilleurs effets. Ce sont, au contraire, les sédatifs qu'il faudra employer chez les hypersthéniques.

Les phénomènes pathologiques qu'il faut combattre sont les suivants :

1° Hypersécrétion de la muqueuse, due à une excitation nerveuse, qui dépasse les nécessités physiologiques, et à un afflux sanguin exagéré ;

2° Dans quelques cas, déperdition de la pepsine et difficulté de la peptonisation. Ce phénomène se rencontre assez rarement.

Pour diminuer les réflexes, on peut administrer, avec avantage, le *veratrum viride*, la *coque du Levant*, le *cannabis indica*, l'*opium*, la *belladone* et la *cocaïne*. Ce dernier médicament ne doit être employé qu'avec circonspection et seulement quand il y a douleur : dans tous les cas, la dose doit en être faible.

L'*ergotine* est le meilleur médicament que nous possédions pour modifier l'afflux sanguin qui détermine l'hypersécrétion des glandes de l'estomac. Comme les deux indications se présentent en même temps, j'ai l'habitude de prescrire la préparation suivante, administrée à raison de 6 à 10 gouttes avant chacun des deux principaux repas :

Ergotine Bonjean	3 grammes,
Eau distillée	1 —

Dissoudre, filtrer et mélanger goutte à goutte dans :

Teinture de coque du Levant..	àà 5 grammes,
— de vératrum viride thébaïque	
Teinture de belladone.........	
— de badiane...........	

Cette préparation est bien supportée par la plupart des malades. On peut, suivant les occasions, modifier les doses et ajouter de la teinture de cannabis indica, à raison de 5 grammes.

Quand il y a déperdition du ferment gastrique, ce que l'on sait par la recherche de la pepsinurie, que nous étudierons dans une prochaine leçon, on doit administrer de la pepsine. Un des élèves de mon service, M. Derosne, fait en ce moment des expériences intéressantes sur ce sujet. Pour rechercher la pepsine, nous employons le procédé qui consiste à mettre de la fibrine en digestion dans l'urine pendant un certain temps ; cette fibrine reprise

et mise ensuite à l'étuve dans une solution d'HCl à 2 0/0 se digère plus vite quand l'urine contient de la pepsine; ce résultat est dû à la propriété qu'a celle-ci de se fixer sur la fibrine.

Nous avons pu constater par ce procédé que dans quelques cas, c'est au cours de la digestion des repas qu'il se trouve de la pepsine dans l'urine; j'en conclus naturellement que, dans ces cas, le ferment perdu manque dans l'estomac et qu'il est utile d'administrer au malade la *pepsine* qui lui fait défaut. On peut alors ordonner avec profit la préparation suivante, sous forme de cachets :

Pepsine à titre 50........	25 centigrammes.
Diastase.................	10 —

Pour cachets semblables n° 20.

On remarquera que j'indique de la *pepsine titre* 50, ce qui veut dire que la pepsine employée doit être capable de digérer 50 fois son poids de fibrine. Ce détail a son importance, attendu que le commerce livre sous le nom de pepsine des produits de valeur très variable et souvent nulle.

Dans quelques cas, pour suppléer à l'insuffisance de la fonction gastrique, il est bon de pouvoir compter sur la digestion intestinale, et alors il peut y avoir intérêt à donner de la *pancréatine*, car le plus souvent à une excitation de l'estomac correspond une parésie de l'intestin. Mais il faut se rappeler que la pancréatine se détruit en milieu acide et l'ordonner sous forme de pilules insolubles dans l'estomac. La kératine remplissant assez bien ce but, on prescrira donc :

Pancréatine........ 10 à 20 centigrammes.

F. S. A. 20 pilules semblables kératinisées.

Donner au malade une à deux pilules au moment du repas ou un peu après.

On pourrait aussi indiquer un verre d'élixir à la pepsine, quoiqu'on ait parfois prétendu que ces liqueurs étaient inactives en raison de l'action inhibitrice de l'alcool. Mais mon collaborateur, M. Bardet, a jadis démontré, par des expériences, que si l'alcool fort a, en effet, pour résultat d'arrêter d'abord l'action du produit et même de tuer le ferment lorsque la quantité d'alcool atteint un titre de plus de 70°, les élixirs qui, en réalité, ne contiennent jamais plus de 16 à 18° d'alcool sont parfaitement actifs. En conséquence, on peut conserver cette forme, qui a l'avantage d'être acceptée très volontiers par les malades.

3° *Éléments morbides pathogéniques.*

Les principaux sont la congestion et l'hypertrophie fonctionnelle du foie, la constipation et l'anémie spéciale des dyspeptiques. Ces phénomènes accompagnent d'une façon constante l'hypersthénie gastrique et doivent être surveillés pour que ces troubles, simplement occasionnels, ne deviennent pas des espèces morbides organiques qui prendraient une réelle gravité.

Les *troubles hépatiques* sont dus à une action réflexe, provoquée par le contact d'un bol alimentaire trop acide sur l'ampoule de Vater, contact qui provoque une hypersécrétion de la bile et conditionne à la longue une hypertrophie fonctionnelle du foie. Le seul remède consiste à traiter l'hyperchlorhydrie. Si l'état hépatique est déjà de date ancienne, on pourra le combattre par un traitement prolongé avec de petites doses d'*arsenic*, surtout quand il existe en même temps un état d'anémie prononcé.

Il faut bien se garder de donner des ferrugineux aux *dyspeptiques anémiés* dès l'apparition des symptômes, car

ces médicaments auraient pour effet de provoquer une irritation de l'estomac et ne seraient pas supportés. D'ailleurs, cette anémie n'a pas d'autre cause que la dénutrition ; il est donc urgent de commencer par mettre le malade au régime et d'arrêter l'hyperchlorhydrie, ce qui permet l'alimentation et rétablit rapidement l'état général. C'est seulement alors que l'on aura chance de voir l'organisme tolérer les préparations de fer et que l'on pourra les ordonner sans danger.

La *constipation* est le grand inconvénient des dyspeptiques. On la combattra par les nombreux médicaments purgatifs de la pharmacopée. De préférence, on ordonnera les sels organiques, tartrates, et en particulier, le *sel de Seignette*, les *sulfates alcalins* ; les multiples préparations à base de *séné*, passé à l'alcool, donnent de bons effets. Il est bon de se souvenir que, dans l'emploi des purgatifs, l'association médicamenteuse joue un rôle éminemment favorable.

Lorsque ces moyens échouent, j'obtiens généralement de bons résultats en faisant prendre au malade, le soir au moment du coucher, une des pilules suivantes :

Aloès Socotrin	2 grammes.
Poudre de jalap............	ââ 1 —
— de scamonée	
— de Turbith végétal ..	
Extrait de belladone	ââ 0gr,15.
— de jusquiame.......	
Savon amygdalin	q.s.p.f. pilules n° 25.

4° *Éléments morbides étiologiques.*

Nous avons traité le malade de manière à combattre, par des moyens appropriés judicieusement à tous les troubles fonctionnels dont il souffrait, au moment où il est venu

nous demander des soins; le voilà remis, il va falloir maintenant lui donner une règle qui lui permette, dans la mesure du possible, de ne pas retomber dans le même état, et pour cela, il faut essayer d'atteindre les éléments morbides qui ont amené cet état de maladie. Ces éléments, nous les connaissons : nous savons en première ligne que, 95 fois sur 100, on trouve, comme cause étiologique des dyspepsies, le *nervosisme* lié le plus souvent à l'*arthritisme*.

Mais il serait erroné de croire que l'on atteindra facilement ces éléments ; quand une maison a un vice architectural fondamental, on ne saurait espérer pouvoir la transformer sans la remanier de fond en comble. Or, il en est de même de l'organisme ; il serait chimérique de croire qu'un traitement, même prolongé, sera capable de faire qu'un nerveux devienne un être à réactions calmes, ou qu'un goutteux cesse d'être goutteux. Nous naissons tous avec une tare, qui nous prédispose à des maladies multiples, et il faut que l'homme s'habitue à vivre avec son ennemi, cherchant seulement à se mettre le mieux possible à l'abri de ses atteintes. En conséquence, le dyspeptique doit bien comprendre que, toute sa vie, il sera délicat du côté de l'estomac, et que jamais il ne pourra abandonner son régime, sans risquer de voir arriver un retour offensif de la maladie.

Donc la meilleure prophylaxie des phénomènes dyspeptiques, c'est encore un régime sévère, intelligemment et courageusement suivi. Malheureusement, les sujets ne sont pas toujours intelligents et ils sont presque toujours déraisonnables.

Le malade, en effet,a, malgré les progrès de l'instruction et sa moindre croyance au mystérieux, une tendance à se figurer que chacun des troubles qui l'affligent trouve dans la pharmacopée un médicament capable de faire disparaître le mal.

Le goutteux, le plus souvent, ne demande pas qu'on lui

indique un régime qui lui permettre d'être à l'abri des accès : il voudrait que la médecine lui fournît des drogues qui le missent à même de manger à sa fantaisie les aliments qu'il préfère. Aussi, le médecin devra-t-il s'attacher à bien faire comprendre au dyspeptique l'immense intérêt qu'il y a pour lui à surveiller, avec le plus grand soin, son alimentation et à étudier ses réactions stomacales. Tout malade intelligent arrive rapidement à une grande habileté, dès que son attention a été une fois éveillée sur l'importance des examens; dans ce cas, il se guidera facilement et n'aura que rarement l'occasion de recourir à un traitement. Que si, au contraire, il est indocile, les crises iront se répétant; il redeviendra un hypersthénique paroxystique, et bientôt la dyspepsie deviendra de nouveau permanente. Or, il ne faut pas se dissimuler qu'après un petit nombre de crises, la gastrite catarrhale se déclarera, avec son cortège de lésions.

Cependant, et malgré la difficulté du traitement des états diathésiques, il est évident que le médecin doit faire tout son possible pour amender l'état constitutionnel de son malade. Chez les nerveux, l'*hydrothérapie* donnera de bons résultats, mais à la condition expresse qu'elle sera pratiquée suivant les procédés que j'ai établis, en parlant du traitement de la dyspepsie paroxystique.

Les arthritiques se trouveront bien de faire des cures au *régime lacté* prolongé, des *cures de petit lait* et de *raisin.* On leur fera également suivre un traitement *arsénical* prolongé et par conséquent à dose très faible.

Je ne puis quitter ce sujet sans parler de l'*hydrologie* de la dyspepsie hypersthénique. Ce mode de traitement est, en effet, très à la mode; il n'y a pas de malade riche qui n'ait suivi successivement la cure de Vichy, de Pougues, de Carlsbad ou de Châtel-Guyon, pour ne citer que les stations

principales, car il n'est peut-être pas d'établissement qui n'ait la prétention de guérir les dyspeptiques. Eh bien! malgré le courant général, je suis obligé de répéter que je considère l'hydrologie de la dyspepsie comme fort peu avancée, surtout quand il s'agit d'exercer une action sur les éléments étiologiques de cette maladie.

Je n'envoie jamais mes malades hypersthéniques dans une station alcaline; si j'ai affaire à un arthritique torpide, je l'envoie volontiers à *Cauterets* ou à *Luchon* pour exciter les fonctions de la peau, mais seulement pour y suivre un traitement externe et je me garde bien de les faire boire.

J'envoie également à *Luxeuil* ou à *Plombières* les anémiques; à *Néris*, à *Lamalou*, les nerveux rhumatisants; à *Badenweiler* ou à *Wildbad*, les névropathes. Mais je reconnais que ces indications sont mal définies; en tout cas, j'ai pour principe de ne jamais faire suivre une cure thermale interne à mes malades. C'est une mesure de précaution qui s'imposera, tant que le chapitre de l'hydrologie chez les dyspeptiques n'aura pas été fait d'une façon rationnelle et moins empirique qu'à l'heure actuelle.

J'ai beaucoup plus de confiance dans les cures d'hygiène : cure lactée d'été en Suisse, dans le duché de Bade ou dans les Vosges; cures de climats surtout.

La *cure d'altitude* donne d'excellents résultats, dans les cas où les malades vont dans des stations encore peu élevées entre 600 et 1,000 mètres, mais pas davantage.

Les *bains de mer*, ou plutôt le séjour au bord de la mer, peuvent aussi améliorer l'état des dyspeptiques, mais à la condition d'éviter les plages froides de la Picardie ou du Boulonnais, trop exposées au vent du nord ou du nord-ouest. Les plages bretonnes et particulièrement celles du Nord, presque toujours enfoncées dans de petites anses qui les mettent à l'abri des vents, sont surtout indiquées dans ces cas.

REVUE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical des maladies du foie et des voies biliaires.

Par le Dr A. Bolognesi

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Lauréat de la Faculté de médecine.

(Troisième article)

La chirurgie des voies biliaires, née dans ces dernières années, comprend un certain nombre d'opérations qui portent soit sur la vésicule biliaire et le canal cystique, soit sur le canal cholédoque; aussi, peut-on diviser les opérations qui se pratiquent sur les voies biliaires en deux grands groupes principaux :

A. Les interventions sur la vésicule biliaire et le canal cystique ou voies biliaires accessoires. Elles comprennent :

La cholécystolithotripsie, la cholécystotomie, la cholécystostomie, la cholécystectomie, la cholécystentérostomie, la ligature du canal cystique.

B. Les interventions pratiquées sur le canal cholédoque ou voies biliaires principales. Elles comprennent :

α. Les opérations sur le canal cholédoque, la cholédocolithotripsie, la cholédocotomie, la cholédocostomie, la cholédocoentérostomie.

β. Les opérations qui se pratiquent sur le canal hépatique et les canalicules intra-hépatiques, l'hépaticostomie, l'hépatostomie.

C. On peut y ajouter un troisième groupe qui comprendra :

Le cathéterisme des voies biliaires, le traitement chirur-

gical de certaines complications de la lithiase biliaire, le traitement des tumeurs de la vésicule biliaire.

Interventions sur les voies biliaires accessoires. Cholécystolithotripsie. — La cholécystolithotripsie pratiquée par Lawson Tait, Courvoisier et Mayo Robson, est une opération qui consiste à faire une laparotomie exploratrice terminée par l'écrasement sur place, à travers les parois du canal cystique ou de la vésicule biliaire des calculs qui s'y trouvent enclavés ou collectés. Il ne faut pas confondre cette opération avec l'écrasement des calculs après cholécystotomie préalable, manœuvre qui porte le nom de cholécystolithotritie.

La cholécystolithotripsie se fait de préférence avec les doigts; mais si ceux-ci sont insuffisants, on peut recourir à des pinces dont les mors sont recouverts de petits tubes en caoutchouc. Préférée à la cholécystotomie par Mayo Robson, cette opération est délicate et il faut bien prendre garde d'offenser les parois de la vésicule ou du canal cystique. Elle est théoriquement rationnelle.

Cholécystotomie. — On donne ce nom à une opération qui, comme son nom l'indique, consiste à pratiquer l'ouverture de la vésicule biliaire.

Conseillée par J.-L. Petit qui, dès 1743, émit l'opinion que les opérations pratiquées sur la vessie pouvaient être faites sur la vésicule du fiel, surtout lorsque les tumeurs de celles-ci étaient adhérentes à la paroi abdominale, ce n'est qu'en 1868 qu'elle fut réellement pratiquée par Bobbs. Il faut cependant citer l'observation de Mœrend qui, en 1756, incisa la vésicule pour enlever des calculs biliaires. Bloch en 1774, Richter en 1778 cherchèrent à déterminer des adhérences entre la paroi abdominale et la vésicule pour l'ouvrir ultérieurement. Puis vinrent le travail de Campaignac (1826); la thèse de Carré (1833) qui le premier aurait

conseillé d'inciser les tumeurs non adhérentes formées par la vésicule ; les travaux de Thudichum. Mais malgré l'honneur de la première opération qui revient à Bobbs, malgré les tentatives de Brown et de Blodgett, il faut arriver à Marion Sims qui, le 18 avril 1878, pratiqua de propos délibéré cette opération. Deux mois plus tard, Kocher, de Berne, fit avec succès la même opération. Depuis, cette opération fut faite un grand nombre de fois, et c'est à Lawson Tait que revient l'honneur de l'avoir vulgarisée.

La cholécystotomie comprend deux procédés principaux :

Dans l'un, on cherche à créer une ouverture persistante de la vésicule de façon à ce que la bile puisse s'écouler au dehors; on établit une fistule à la vésicule biliaire, une véritable bouche : c'est la cholécystostomie (Courvoisier) ou fistule biliaire artificielle.

Dans l'autre, on n'ouvre la vésicule que pour y manœuvrer pendant un instant relativement court et dans l'intention de la refermer aussitôt l'action chirurgicale terminée. C'est la cholécystotomie proprement dite ou taille biliaire.

Cholécystostomies. — La cholécystostomie présente elle-même certaines différences, suivant qu'elle est faite en un temps ou en deux temps et suivant qu'il est ou non possible de fixer à la paroi abdominale les lèvres de l'incision vésiculaire.

Cholécystostomie en deux temps. — L'idée première est due à Bloch (1774) qui conseillait de provoquer des adhérences avant d'ouvrir la vésicule pour en extraire les pierres. Bien étudiée par Thudichum (1859), Richter, Chéluis, Begin modifient le procédé conseillé par Bloch et aux substances irritantes destinées à provoquer des adhérences, ils substituent l'incision de la paroi et l'interposition de charpie entre les lèvres de la plaie. Ce fut Rocher qui, en 1878 exécuta cette opération pour la première fois et

employa la même méthode, mais en remplaçant la charpie par de la gaze antiseptique qu'il dispose de façon à écarter d'une part les lèvres de l'incision et d'autre part à tenir la paroi en contact avec la vésicule. Au bout de huit jours, les adhérences sont formées et on peut ouvrir la vésicule. Blodgett (1879-1880) sutura la vésicule à la paroi abdominale pour provoquer ces adhérences; son malade mourut.

D'après H. Morris, cette pratique de Blodgett aurait été exécutée pour la première fois par Maunder en 1874 et depuis elle a été répétée un grand nombre de fois avec succès. On peut citer les dix cas de Riedel qui tous se terminèrent par la guérison; celui de Ohage Justus qui fut aussi un succès.

Délaissée aujourd'hui comme toutes les opérations en deux temps, elle n'est cependant pas plus grave que celle faite en un temps, mais la cholécystostomie en une séance est plus simple, plus chirurgicale, elle débarrasse le malade en une seule fois, elle est aussi sûre; en outre, elle permet l'exploration immédiate de la cavité vésiculaire et de prendre une décision au sujet d'une anastomose possible entre la vésicule et l'intestin, ce qui serait impossible dans le cas de cholécystostomie en deux séances.

Technique opératoire de la cholécystostomie en deux temps. — Incision de la paroi abdominale au niveau de la tumeur. Incision du péritoine. La vésicule, généralement distendue, apparaît alors au fond de la plaie. Ceci fait, on peut, soit se borner à appliquer un pansement antiseptique en tamponnant la plaie, ou mieux, suturer la paroi de la tumeur biliaire aux bords de la plaie abdominale, puis appliquer le pansement antiseptique. Après quelques jours (3 à 8) on enlève le pansement et on passe au deuxième temps de l'opération.

Ouverture au bistouri et au thermo-cautère de la vésicule

unie par des adhérences aux bords de la plaie pariétale de l'abdomen. Dans les cas où le bord du foie passe en avant et cache la vésicule peu distendue qu'on ne peut amener au contact de la paroi abdominale, on n'emploiera pas la pratique défectueuse de Lauderer qui, dans un de ces cas, au lieu de libérer le fond de la vésicule, tourna la difficulté en déterminant dans un premier temps opératoire la formation d'adhérences entre le foie et la paroi de l'abdomen, et dans un deuxième temps, transperça le tissu hépatique avec un trocart qui servit de guide pour inciser la vésicule à l'aide du thermo-cautère.

Cholécystostomie en un temps. — Pratiquée pour la première fois par Bobbs en 1857, pour une erreur de diagnostic, faite de propos délibéré par Marion Sims et vulgarisée par Lawson Tait, cette opération peut être conduite de deux façons :

Tantôt on incise d'abord la vésicule et on ne suture les bords de l'incision aux bords de la plaie abdominale qu'à la fin de l'intervention. C'est la cholécystostomie classique naturelle ou *cholécystostomie à incision première avec suture à fixation dernière.* Tantôt on commence par suturer la vésicule aux bords de l'incision pariétale, puis on l'ouvre, de sorte que aucune goutte de son contenu ne peut pénétrer dans la cavité péritonéale. C'est la cholécystostomie à suture première et à incision dernière.

Cholécystostomie à incision première et à suture dernière. — L'incision des téguments peut être latérale ou médiane. L'incision médiane donne moins de sang, peut être agrandie et facilite l'exploration de la cavité abdominale au niveau et autour de la vésicule.

Quand le foie est hypertrophié et malade, la vésicule tend à être rejetée en dehors dans l'hypochondre droit et, comme cela est arrivé au professeur Terrier, l'incision latérale au

niveau du bord externe du muscle droit était encore trop en dedans par rapport au fond de la vésicule peu distendue par la bile.

L'incision doit être verticale; les incisions obliques ou horizontales qui ont été pratiquées donnent peu de jour et intéressent de nombreux vaisseaux, en sorte que le champ opératoire est encombré de pinces hemostatiques dès le début de l'intervention. Lawson Tait recommande de rechercher la scissure hépatique pour en faire partir l'incision. Calot a donné une technique précise pour tomber sur le fond de la vésicule quand elle a à peu près sa situation normale. Ce fond répond très exactement à l'articulation lâche et facile à sentir qui unit l'extrémité antérieure du neuvième cartilage costal droit au dixième; de plus, elle est située à 1,5 ou 2 centimètres du bord externe du muscle droit. Donc, à 2 centimètres en dehors et parallèlement à ce bord, à partir du rebord costal, on fera aux téguments une incision de 8 à 12 centimètres.

On incise la paroi et on ouvre le péritoine, puis on explore la vésicule avec le doigt afin de constater ses adhérences possibles et de déterminer la nature de son contenu. On peut ponctionner la vésicule et aspirer le liquide qu'elle renferme, pour empêcher le contenu de s'écouler dans la cavité abdominale lors de l'ouverture de la vésicule.

On pratique l'ouverture de la vésicule au bistouri, au niveau du fond ou de la paroi inférieure de l'organe. A ce moment, le péritoine doit être protégé à l'aide d'éponges ou de compresses aseptiques.

Après avoir saisi les bords de l'incision avec des pinces à pression, on examine avec soin la vésicule et on y exécute toutes les manœuvres nécessaires (extraction des calculs, nettoyage de la muqueuse, exploration du canal cystique). Généralement, on ne résèque aucune partie du réservoir de la bile, sauf dans les cas de dilatation considérable ou de

suppuration de ses parois. La vésicule est alors attirée vers la plaie abdominale, ce qui est d'ordinaire facile sauf dans les cas d'extrême friabilité des parois. La suture peut être faite de façons diverses; celle qui consiste à adosser d'abord la séreuse au péritoine, puis la muqueuse aux téguments est de beaucoup préférable, surtout lorsqu'il s'agit de pratiquer une ouverture ou fistule biliaire persistante.

Cholécystostomie à fixation première et incision dernière. — Par cette méthode pratiquée pour la première fois par Ranshoff en 1882, on opère en dehors du péritoine sans crainte d'infecter la séreuse en laissant écouler de la bile dans sa cavité; on lui a pourtant reproché de créer par le passage de l'aiguille, des orifices pouvant donner issue à du liquide biliaire infecté, d'où la possibilité d'accidents péritonéaux. On peut éviter ce danger en ponctionnant la vésicule lorsqu'elle est trop distendue, et en ne passant l'aiguille que dans l'épaisseur des parois de la vésicule, parois plus épaisses qu'on ne serait tenté de le croire.

La fixation de la vésicule biliaire terminée, et la plaie abdominale obturée, on ouvre la vésicule aux ciseaux ou au bistouri. Cette ouverture peut être large ou, au contraire, très étroite, selon le but qu'on se propose et en particulier selon qu'on veut explorer la vésicule ou simplement lui faire une ouverture. Quand on se propose de créer une fistule persistante, il est indiqué de suturer la muqueuse de la vésicule à la peau. Mais cette manœuvre n'est pas toujours possible et dans un cas, Terrier dut se contenter d'une seule ouverture qui tend à se rétrécir par suite de la cicatrisation de la plaie des téguments. Lorsqu'on a réuni les bords de l'ouverture faite à la vésicule à ceux de l'ouverture péritonéale et cutanée, on place un drain dans la vésicule et on le laisse sept jours. Il en résulte une fistule permanente par laquelle la bile s'écoule

au dehors en quantité variable. Quand l'écoulement tend à se tarir et la fistule à se fermer, il faut se tenir prêt à rétablir l'écoulement au dehors au moindre symptôme. L'opération de la cholécystostomie bien conduite est bénigne et donne une mortalité peu importante quand elle est faite dans de bonnes conditions et par un chirurgien habile et antiseptique.

Cholécystostomie intra-pariétale et transmusculaire. — Au dernier Congrès français de chirurgie, Paris 1895, le Dr H. Delagénière (du Mans), a fait une communication sur un nouveau procédé de cholécystostomie, qu'il désigne sous le nom de cholécystostomie intra-pariétale et transmusculaire et qui consiste à aboucher la vésicule biliaire à l'aponévrose antérieure du muscle droit de l'abdomen à travers une boutonnière pratiquée dans l'épaisseur du muscle. La vésicule est d'abord isolée de la séreuse péritonéale par une rangée de sutures séro-séreuses. Une boutonnière est alors pratiquée verticalement à 5 ou 6 millimètres du bord libre du muscle droit; la vésicule est attirée à travers cette boutonnière et maintenue en place par une suture qui l'unit à l'aponévrose antérieure du muscle. Un drain est placé dans la vésicule et la peau est suturée. On munit ainsi l'orifice vésiculaire d'un sphincter contractile, destiné à assurer la fermeture de la fistule après la suppression du drain. Delagénière a pratiqué trois fois cette opération avec un plein succès; l'étude de ses trois malades lui a permis de formuler les conclusion suivantes au sujet des avantages du procédé :

L'opération présente la plus grande sécurité possible puisque la séreuse est complètement et parfaitement isolée de la bouche biliaire. Elle n'expose pas les opérés aux tiraillements exercés sur la vésicule et le foie comme cela a lieu dans les fixations à la peau. Le drain placé dans la

vésicule permet l'écoulement au dehors de la bile et des liquides que peut contenir la vésicule, et il peut servir à surveiller l'état des voies biliaires et à désinfecter la vésicule.

Lorsque les fonctions sont devenues normales, on retire le drain; l'ouverture faite à la vésicule n'a plus de raisons de rester béante, ses bords se rapprochant à la manière d'une soupape prête à s'ouvrir si la tension augmente dans les voies biliaires.

Cholécystotomies proprement dites. — On peut distinguer dans la cholécystotomie ou taille biliaire, deux procédés opératoires :

La cholécystotomie à sutures perdues intra-pariétales ;

La cholécystotomie à sutures perdues intra-péritonéales.

Cholécystotomie à sutures perdues intra-pariétales. — Cette opération est en quelque sorte intermédiaire entre la cholécystostomie classique et la cholécystotomie dite idéale ou à sutures perdues.

Après incision de la paroi abdominale, la vésicule est fixée aux bords de la plaie, puis incisée comme dans la cholécystostomie à incision dernière. Mais, en général, l'ouverture pratiquée à la vésicule est large, permet d'en évacuer le contenu et d'explorer sa cavité. On referme la vésicule en pratiquant une suture extra-péritonéale des bords de la plaie vésiculaire, c'est-à-dire hors de la cavité abdominale, au fond de la plaie pariétale.

De la sorte, si l'une des sutures cède, la bile s'écoule au dehors et non dans l'abdomen; cet écoulement serait surtout assuré si entre la suture de la vésicule et celle des téguments, on plaçait un drain. Tel est le procédé américain de Parkes et de Carnalt qui date de 1886.

Cholécystotomie à sutures perdues intra-péritonéales. Opération de Meredith. — Ce procédé, plus ancien que le

précédent, consiste à ouvrir la vésicule biliaire pour l'explorer, la débarrasser des calculs qu'elle peut contenir, puis de suturer les deux lèvres de l'incision et de réduire dans la cavité abdominale l'organe suturé.

C'est la cholécystotomie idéale des Américains, l'ideal cholecystotomy de Bernays, la cholécystendise de Courvoisier.

L'idée première de cette opération, d'après Denucé, serait due à Campaignac. Elle a été faite pour la première fois au commencement de 1883 par Meredith, en présence de Spencer Wells. Après lui vinrent Gross et Courvoisier, Küster en Allemagne, etc. Elle a été depuis faite un certain nombre de fois.

Cette opération consiste à traiter la vésicule biliaire comme pour la cholécystotomie ordinaire. L'organe une fois incisé est exploré avec soin, on s'assure de la perméabilité du canal cystique et du canal cholédoque, puis on se dispose à refermer l'ouverture faite à la vésicule.

Le point le plus important, d'où dépend le succès de l'opération, est le mode de suture des parois vésiculaires; d'ordinaire on a recours au procédé de Lembert ou à celui de Czerny; on a même fait une suture séreuse à trois étages.

On peut se contenter de faire des points de Lembert, de façon à bien adosser la séreuse à elle-même sur les bords de la plaie, absolument comme s'il s'agissait d'une plaie faite à l'intestin : c'est la méthode préconisée par Spencer Wells, exécutée par Meredith et ses imitateurs. Mais ces points de sutures séparés pourraient être insuffisants et permettre le passage de la bile. Loreta (de Bologne) pratique une suture à deux étages : l'incision est obturée à l'aide d'un surjet, puis il déprime la ligne de la suture et fait ainsi deux plis longitudinaux parallèles qui sont suturés l'un à l'autre au-dessus du premier surjet.

Wœlfler et Sœnger ont imaginé une cholécystendise en

trois temps. Dans un premier temps, la vésicule est attirée au dehors de la plaie abdomidale et fixée à la paroi. Dans le deuxième temps, on incise la vésicule, on la vide et on la ferme dans la paroi; enfin, dans un troisième temps, on libère les adhérences de la vésieule à la paroi et on la rentre dans le ventre. Tous les malades ainsi opérés auraient guéri. Comme l'opération se pratique en deux périodes plus ou moins éloignées l'une de l'autre, Sœnger et Courvoisier dénomment ee procédé sous le nom de cholé-eystotomie idéale en deux temps.

Cholécystotomie par la voie lombaire. — On a aussi tenté d'aborder la vésicule biliaire très distendue par la voie lombaire. Il en existe deux eas, d'après Segond : l'un de Wright, 1885, dont le malade mourut de péritonite le deuxième jour; l'autre de Mears, 1890, dont le malade a guéri en six semaines.

La cholécystotomie, quel que soit le procédé employé, eomporte l'exécution de la manœuvre suivante :

L'extraction des calculs du canal cystique. — C'est, en effet, plutôt une manœuvre opératoire complémentaire qu'une véritable opération, manœuvre parfois très difficile à bien eonduire. Après la choléeystotomie, l'extraetion d'un ealcul du eol de la vésicule et du canal cystique peut être assez simple et se pratique avee des spatules, des eu-rettes, des pinees, etc.

D'autres fois, les caleuls sont brisés sur place (eholéli-thotritie) avec des pinees spéciales; souvent, on excave les ealculs à l'aide de petites curettes, puis avec des pinces on pratique leur broiement qui est alors plus faeile. Ce procédé rend de réels services dans quelque cas, mais il a le grave inconvénient d'être un peu long. (Terrier.)

Cholécystectomie. — La cholécysteetomie, ou extirpation de la vésicule biliaire, fut pratiquée il y a deux siècles chez les animaux. Etmüller au XVIIe siècle, Herlin au XVIIIe siècle, enlevèrent la vésicule biliaire chez le chien et chez le chat, et leurs animaux continuèrent à vivre. Mais cette opération ne fut exécutée chez l'homme pour la première fois qu'en 1882, à Berlin, par Langenbuch, qui guérit son malade. Langenbuch défendit son opération contre les attaques de divers chirurgiens et en particulier de Lawson Tait, l'ardent défenseur de la cholécystostomie.

L'exemple de Langenbuch fut suivi en Allemagne par Crédé, Israël, etc., en Suisse par Courvoisier, en Belgique par Thiriar, en France par Terrier qui, dès 1886, enleva la vésicule biliaire au cours d'une laparotomie pour kyste hydatique du foie.

En 1887, Péan publia la relation de deux cholécystectomies.

Depuis, Bouilly, Broca, Michaux, Perrier, Terrier ont pratiqué cette opération; les mémoires de Vincent, Calot, Sainton, Segond, Guillemain, etc., nous ont fait bien connaître cette opération.

Le manuel opératoire de la cholécystectomie, facile à comprendre et à exposer, est souvent difficile à pratiquer.

Les divers temps successifs de l'opération sont :

L'incision de la paroi abdominale, la ponction de la vésicule, la recherche de ses adhérences et l'exploration externe du canal cholédocystique, le libération de la vésicule, la section du cystique avec traitement convenable du moignon, le drainage et le pansement.

Les incisions de la paroi abdominale sont très variées ; certains ouvrent la paroi abdominale sur une ligne verticale parallèle à la ligne blanche et passant au niveau de la vésicule biliaire.

L'incision médiane est indiquée surtout si l'on constate

une dilatation considérable de la vésicule et si l'on suppose l'existence de calculs jusque dans le canal cystique.

Langenbuch incise la paroi en T et a recours à une incision coudée. Deroubaix préconise l'incision transversale.

Avant de prendre une détermination opératoire ultérieure, on s'assure de la position de la vésicule qu'on explore ainsi que les canaux biliaires. Ceci fait, l'opération commence véritablement; il faut libérer la vésicule des organes auxquels elle adhère, face inférieure du foie à laquelle elle est ordinairement unie, angle du côlon, parfois estomac, intestin grêle et même rein droit.

En général, les adhérences sont limitées au foie en haut et au côlon en bas. Elles sont dissociées avec les doigts, avec les ciseaux mousses, exceptionnellement avec le bistouri ou le thermo-cautère.

L'hémostase est assez facile du côté de l'intestin ; vers le foie, il faut souvent user du thermo-cautère; très souvent, on trouve une ou deux artères sur lesquelles il faut appliquer des ligatures ou des pinces à demeure.

Les vieilles cholécystites s'entourent parfois d'une atmosphère scléro-adipeuse, et il est possible d'isoler la vésicule de cette sorte de loge en faisant une opération qui rappelle beaucoup la néphrectomie sous-capsulaire. (Hartmann)

La vésicule libérée, il faut isoler le canal cystique dans la plus grande partie de son étendue, manœuvre pénible à cause de la profondeur à laquelle on agit le plus souvent et du danger qu'il y aurait à rompre la vésicule ou le canal.

Lorsque la vésicule est distendue, il est indiqué de la vider par une ponction aspiratrice dont on oblitère l'orifice à l'aide d'une pince à pression américaine.

Cette précaution facilite beaucoup les mouvements ultérieurs d'isolement de la vésicule et du canal cystique.

Cet isolement terminé, il faut placer autour du canal cys.

tique, à une distance d'ailleurs variable du cholédoque qu'on ne distingue pas toujours bien, une solide ligature en soie, circulaire et unique (Terrier, Segond). On peut même placer une double ligature et sectionner entre les deux, procédé très rationnel pour éviter toute contamination par la bile septique. Le pédicule du canal cystique doit être désinfecté avec une solution antiseptique ou mieux avec la pointe du thermo-cautère.

Cette opération, dont la technique est facile à exécuter quand les parties sont encore à peu près normales, peut devenir fort laborieuse quand la vésicule est fort distendue, quand les parois sont friables, lorsqu'il existe des trajets fistuleux entre la vésicule et la paroi abdominale, le tube digestif et même la plèvre. Souvent le canal cystique renferme des calculs dont l'extraction est fort pénible, et comme les parois enflammées de ce canal deviennent friables, on peut le déchirer facilement et être obligé de reporter la ligature très profondément.

Cette friabilité du canal cystique fait, en outre, qu'il se sectionne facilement sur le fil à ligature et qu'il s'établit une fistule biliaire dont le danger est indéniable, surtout si la bile est septique.

On peut encore remplacer la ligature par une pince hémostatique placée à demeure, comme le conseille Kœberlé.

On a fait aussi quelques points de sutures sur le moignon cystique. Perrier, imitant la pratique de Deroubaix, ferme le canal cystique par deux plans de sutures. dont le plus superficiel ne comprend que la séreuse, à la manière de la suture de Lembert.

Si l'on peut fixer le pédicule à la paroi, comme l'a fait Michaux, la chose est tout indiquée et très rationnelle.

On peut aussi l'abandonner dans l'abdomen (Langenbuch, Thiriar, Terrier).

Dans ces cas, il est prudent d'isoler de la grande cavité abdominale le moignon et le drain qui pénètre jusqu'à lui par des sutures faites sur l'épiploon et sur les replis péritonéaux voisins (ligaments cystico-colique et hépato-rénal).

Si, dans ces cas, la ligature cède, la bile trouve toujours un trajet tout préparé pour s'écouler au dehors et ne détermine pas d'accidents péritonitiques. L'incision de la paroi est refermée comme dans toutes les laparotomies en faisant deux ou trois plans de sutures ; elle laisse ou non passer un drain, selon que le chirurgien a ou n'a pas jugé prudent de drainer la cavité occupée antérieurement par la vésicule. Vers le septième jour, le pansement est renouvelé, on retire le drain pour ne plus le remplacer, et, à moins de complications, la guérison ne tarde pas. (Guillemain.)

Cholécystentérostomie. Duodéno-cholécystostomie. Opération de Winiwarter. Opération de Monastyrki. Opération de Kappeler. — La choléeystentérostomie ou abouchement de la vésicule biliaire dans l'intestin fut conçue théoriquement par Nussbaum, qui dans le courant de l'année 1880 émit formellement l'opinion d'aboucher la vésicule biliaire dans l'intestin, dans le but de rétablir le cours de la bile dans le cas de rétention. Mais cette opération fut exécutée pour la première fois cette même année par Winiwarter (de Liège) à propos d'un malade atteint de rétention biliaire par obstruction du canal cholédoque et l'observation de ce malade est restée célèbre dans la science. Ce chirurgien eut surtout le mérite de concevoir l'opération de la cholécystentérostomie et de la tenter chez l'homme d'où le nom d'opération de Winiwarter que lui donnent quelques auteurs.

En 1883, G. Harley conseille, pour les cas de rétention biliaire par obstruction du cholédoque, de suturer la vési-

cule à l'intestin grêle et d'établir une fistule artificielle en plaçant entre les deux un peu de pâte caustique destinée à les ulcérer et à les faire communiquer, ce conseil peu recommandable et dangereux n'a été suivi par personne.

En 1884, Gaston d'Atlanta, en Georgie, étudia la question au point de vue expérimental. Il créa des fistules duodéno-cystiques sur des chiens en passant en anse à travers les parois des deux organes, un fil de caoutchouc.

Dans le courant de l'année 1886 parut le mémoire de François Colzi, de Florence, qui suivit l'exemple de Gaston, fit aussi des expériences sur des chiens, mais pratiqua la fistule au moyen d'un double rang de sutures. Le procédé de Colzi a été suivi par Monastyrki et Kappeler, les deux premiers chirurgiens qui pratiquèrent véritablement la cholécystentérostomie. En 1887, postérieurement au travail de Colzi parut le second mémoire de Gaston dont la première partie présente un certain intérêt, car l'auteur y passe en revue les indications de la duodéno-cholécystostomie qui, à partir de ce moment, fut faite de propos délibéré par les chirurgiens.

C'est un médecin russe, le Dr Monastyrki, qui le premier pratiqua avec succès complet le 4 mai 1887, la cholécystentérostomie. Le 6 juin de la même année, Kappeler exécuta cette opération et fit paraître son observation le 1er septembre 1881, alors que celle de Monastyrki ne parut qu'en mai 1888; aussi attribue-t-on à tort la première opération à Kappeler en Allemagne où la cholecystentérostomie est connue sous le nom d'opération de Kappeler. Ces deux opérations furent faites pour des cas d'obstruction de cholédoque par une tumeur du pancréas, la fistule fut créée d'après la méthode indiquée par Colzi dans une anse d'intestin grêle. Le professeur Socin, de Bâle, répéta l'opération dans des cas absolument semblables le 19 novembre 1887. Toutes ces opérations ont eu pour résultat

l'abouchement de la vésicule biliaire dans l'intestin grêle. Ce serait Bardenheuer qui aurait fait chez l'homme la première fistule duodéno-cystique et abouché le réservoir de la bile dans le duodénum. Le professeur Terrier fit cette opération avec succès et en régla nettement le manuel opératoire.

Cette opération comprend trois temps principaux dont le premier et le troisième n'offrent rien de bien particulier.

Ce sont : 1° L'incision de la paroi abdominale; 2° l'anastomose de la vésicule avec une anse intestinale ; 3° la fermeture de l'abdomen.

Pour arriver jusqu'à la vésicule, on a fait comme dans les autres interventions hépatiques plusieurs sortes d'incisions.

L'incision par excellence, vraiment pratique, est l'incision médiane, la laparotomie sus-ombilicale. Elle est à peu près indispensable pour qu'on puisse établir une fistule duodéno-cystique.

On n'hésitera pas à faire l'incision aussi étendue qu'il le faut pour manœuvrer à l'aise dans l'intérieur du ventre, car toute l'opération réside dans la pose des sutures cholécysto-intestinales.

Le choix du point où doit être établie la fistule s'impose à ce moment. On rejetera le côlon et on prendra de préférence le duodénum ; ce n'est que dans les cas d'impossibilité absolue qu'on choisira l'anse intestinale la plus rapprochée de la vésicule.

L'anastomose doit être établie en un seul temps.

Il faut rejeter aujourd'hui les autres méthodes et surtout toute manière de faire plus ou moins analogue au procédé auquel Von Winiwarter eut recours dans sa première intervention.

Ce chirurgien pratique d'ailleurs maintenant cette opération en une seule séance.

Il existe deux procédés pour anastomoser en un seul temps la vésicule avec l'intestin :

A. Le procédé des deux boutonnières préconisé par Colzi, employé par Monastyrki, Kappeler, Socin, etc., etc., décrit avec soin par H. Delagénière dans sa thèse.

B. Le procédé du professeur Terrier.

Procédé des deux boutonnières de Colzi. Cholécysto-jéjunostomie. Procédé de Monastyrki-Kappeler. — Une fois le ventre ouvert, la cavité abdominale protégée par les moyens habituels, la vésicule et le jéjunum, de préférence le duodénum, sont attirés au dehors et isolés à l'aide de compresses, on vide l'anse intestinale de son contenu par pression et on l'isole soit à l'aide de fils soit à l'aide de pinces. Alors seulement on l'ouvre longitudinalement, dans une étendue de deux centimètres; une égale incision est faite à la vésicule.

Les lèvres de ces deux boutonnières sont rapprochées, puis réunies à l'aide de deux sutures superposées; la première unit les muqueuses (plan muco-muqueux) et peut être faite soit à points séparés, soit à l'aide d'un surjet; la seconde accole les séreuses (plan séro-séreux) comme dans les sutures intestinales par le procédé de Lembert-Czerny.

Procédé de Terrier. Cholécysto-duodénostomie. — Le procédé du professeur Terrier est un peu différent; il n'expose pas à la souillure du péritoine, mais il est un peu plus complexe, car l'intestin et la vésicule ne sont ouverts qu'au moment même de serrer le dernier fil des sutures.

La paroi abdominale, ayant été ouverte par une incision médiane, sus-ombilicale, aussi étendue que possible, on va d'abord à l'exploration de la vésicule, on la ponctionne avec l'aspirateur, mettant sur le trou qu'a fait le trocart une pince hémostatique. On explore avec soin le cholédoque.

Si l'obstacle qu'on rencontre sur son trajet paraît insurmontable, on procède à l'anastomose.

On attire la vésicule et la première portion du duodénum dans les lèvres de l'incision pariétale. On met en contact la face inférieure de la vésicule avec la face antérieure du duodénum à quelques centimètres du pylore. On place un premier fil de soie fine sur les parties contiguës de la vésicule et du duodénum : c'est un fil en bourse, qui chemine dans une certaine étendue des parois intestinale et vésiculaire.

Au dessus de ce point, on en place huit autres sur deux lignes antéro-postérieures peu espacées : quatre points d'un côté, quatre points de l'autre. Chaque fil pénètre deux fois et ressort deux fois des tuniques intestinales et vésiculaires, de telle sorte que, quand on les serre, vésicule et intestin se trouvent adossés, non suivant une ligne, mais suivant une certaine surface. Un dernier point en bourse, semblable au premier, est placé au-dessus de la double rangée. On noue tous les fils de bas en haut, sauf ce dernier. On a ainsi circonscrit un petit espace elliptique dans lequel on insinue un fin bistouri qui ouvre d'abord la vésicule, puis l'intestin, pour éviter que la communication cholécysto-intestinale ne s'obture; on introduit alors dans les deux ouvertures un petit drain en caoutchouc long de quatre à cinq centimètres et qui a quatre à cinq millimètres de diamètre, qui se trouve enfermé entre les sutures lorsqu'on a serré le dernier point en bourse et que l'opération est terminée, et qui tombe plus tard dans l'intestin.

Le dernier temps de la cholécystentérostomie ne présente rien de particulier et se fait comme pour toute laparotomie ordinaire, sauf dans les cas où l'on intervient comme Mayo Robson pour une fistule biliaire persistante. Il faut alors oblitérer cette fistule avant de refermer l'abdomen et pour plus de sécurité, si l'on ne veut pas se contenter des chances

que donne une suture analogue à celle de la cholécystendise, il faut fixer la vésicule à la paroi. La sécurité sera presque absolue dans ces cas, si on intercale un drain entre la suture faite sur la vésicule et la paroi de l'abdomen.

Deux autopsies et des tentatives expérimentales ont montré que la communication cystico-intestinale établie, la vésicule revient sur elle-même comme dans les cas de cholécystotomie persistante et se transforme en une sorte de canal qui prolonge le conduit cystique; l'orifice intestinal se rétrécit notablement jusqu'à ce qu'il n'ait pas un calibre supérieur à celui du canal de nouvelle formation. La pression dans les voies biliaires étant supérieure à celle du contenu intestinal, la bile s'écoule constamment dans le duodénum. La muqueuse de l'intestin grêle se plisse même au niveau de l'ouverture artificielle, et il se forme des replis plus ou moins comparables à ceux qui avoisinent l'ampoule de Vater.

Autres procédés. — On peut encore, pour faire l'anastomose, se servir des tubes d'os décalcifié de Mayo Robson, des plaques de Senn, du bouton de Murphy qui a donné d'excellents résultats.

Ligature du canal cystique. Opération de Zielewicz. — Cette opération, pratiquée sur des animaux en expériences, fut faite chez l'homme par Zielewicz, dans un cas de calculs biliaires où la vésicule fut trouvée complètement adhérente, de sorte que son extirpation parut impossible. Il placa deux ligatures sur le canal cystique qu'il sectionna ensuite entre les deux fils. Enfin il sutura la vésicule incisée à la paroi comme dans la cholécystotomie simple.

Cette opération d'après son auteur, serait moins grave que la cholécystectomie, car on éviterait la dissection de la vésicule, et elle serait supérieure à la cholécystotomie parce qu'elle n'exposerait pas aux fistules consécutives. Il

semblerait, d'après Delagénière, à qui nous empruntons ces lignes, plus exact de dire qu'une telle opération présente à la fois les inconvénients de la cholécystectomie et de la cholécystotomie. Le danger du reflux possible de la bile existe aussi dans l'opération de Zielewicz et s'il est vrai qu'on doit éviter une fistule biliaire, on court les risques d'avoir une fistule intarissable donnant du muco-pus, puisque la communication de la vésicule avec l'intestin est à jamais supprimée.

La ligature du canal cystique ne présente aucun des avantages des deux opérations qu'elle aurait la prétention de remplacer. Elle ne supprime pas un organe comme la cholécystectomie, elle ne permet pas le rétablissement fonctionnel de la vésicule comme la cholécystotomie.

Ces considérations paraissent plus que suffisantes pour condamner absolument l'opération de Zielewicz. (H. Delagénière).

Indications des opérations qui se pratiquent sur les voies biliaires accessoires. — L'histoire des opérations qui se pratiquent sur les voies biliaires accessoires et leur manuel opératoire nous étant connus, il nous reste maintenant à parler de leurs indications. Nous empruntons au livre de Guillemain sur la pratique des opérations nouvelles en chirurgie, 1895, les indications de chacune de ces opérations.

Indications de la cholécystotomie. — La cholécystotomie est la plus prudente des opérations pratiquées sur la vésicule et celle qui expose le moins aux insuccès opératoires. C'est parfois une opération de nécessité qui peut rendre des services lorsque des adhérences rendent impossible une cholécystectomie nettement indiquée, ou lorsque les altérations des parois de la vésicule s'oppose à la cholécystentérostomie.

L'hydropisie et l'empyème de la vésicule seront d'abord traités par la simple incision, quitte à faire plus tard la cholécystectomie.

Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'une cholécystite calculeuse, qu'il a ouvert la vésicule et évacué les calculs, si les voies biliaires sont perméables et les parois vésiculaires intactes, il fera la cholécystotomie; si les parois sont très malades, et si en même temps le cholédoque est libre, il enlèvera la vésicule. Dans les autres cas, et ils sont nombreux, il se contentera de faire la cholécystostomie qui est indiquée toutes les fois qu'avec perméabilité des voies biliaires, il y a une inflammation et une friabilité des parois vésiculaires que les sutures auraient toute chance de ne pas tenir.

Voici une autre alternative plus embarrassante ; les calculs sont enlevés, le cathétérisme du canal cystique est impossible, la vésicule est peu malade. Que faut-il faire? La cholécystotomie.

Si l'on avait la certitude d'une oblitération définitive du cystique, la vésicule, organe désormais inutile, devrait être enlevée : mais on ne l'a pas. De ce qu'un cathéter ne peut franchir le cystique, on ne saurait conclure à son oblitération, comme l'a montré Hartmann. Si en introduisant le cathéter on perçoit un frottement rugueux, c'est l'indice d'un calcul enclavé dans le cystique ou dans le bassinet de la vésicule. Il faut l'enlever et cela suffira presque toujours à rétablir la perméabilité du canal.

Fréquemment il existe dans les voies biliaires normales des valvules membraneuses, siégeant surtout à l'abouchement du cystique dans la vésicule : alors, la sonde, quelle que soit sa forme, que son extrémité soit droite ou tortillée, qu'elle soit introduite de haut en bas ou de bas en haut, vient toujours butter contre une de ces valvules. Le cystique est pourtant libre, car une fois les valvules écartées, il

laisse passer des instruments de 3 et 4 millimètres de diamètres (expériences cadavériques).

Dans le doute, il faut adopter l'hypothèse la plus avantageuse, croire à la perméabilité des voies biliaires et faire la cholécystotomie. Si ces voies sont réellement libres, la fistule se cicatrisera d'elle-même, si elle persiste, si elle résiste aux tentatives d'avivement et de suture, il faut en rechercher la cause dans une oblitération du cystique ou du cholédoque. La cholécystotomie aura été le premier temps d'une intervention dont le second sera, suivant les cas, une cholédochotomie, une cholécystectomie ou une cholécystentérostomie.

Dans les cas envisagés jusqu'à présent, la fistule biliaire créée par la cholécystotomie doit avoir une durée le plus court possible.

M. Terrier a traité, par l'établissement d'une *fistule biliaire persistante*, les accidents de congestion et d'hypertrophie de foie avec ictère très prononcé et accès fébriles, la cholécystotomie favorisant l'élimination des agents infectieux cause de la maladie. M. Terrier a essayé de combattre par la cholécystotomie les accidents de la cirrhose hypertrophique et il n'est pas encore possible de se prononcer sur la valeur de cette opération.

Indications de la cholécystotomie. — La cholécystotomie est indiquée lorsque, après ouverture de la vésicule biliaire et extractions des calculs, le cathétérisme explorateur a montré la perméabilité des canaux cystique et cholédoque, et que de plus il y a intégrité parfaite des parois vésiculaires. Elle a sur la cholécystotomie l'avantage d'amener une guérison plus rapide en évitant la fistule biliaire.

Indications de la cholécystectomie. — La cholécystectomie est une opération physiologiquement permise, car

la vésicule biliaire n'est pas un organe indispensable et sa suppression n'entraîne pas la mort de l'individu.

Les indications sont très nettes dans certains cas, beaucoup plus discutables dans d'autres.

On peut pratiquer la cholécystectomie d'une façon accessoire pour faciliter une autre intervention; dans certains cas de kystes hydatiques du foie, lorsque la vésicule interposée au devant du kyste rend impossible l'ouverture de ce dernier et sa fixation à la paroi abdominale. (Terrier).

Le chirurgien est autorisé à pratiquer la cholécystectomie dans les perforations traumatiques de la vésicule trop étendues pour pouvoir être suturées; dans les perforations spontanées étendues survenant soit par surdistension de l'organe qui se rompt au cours d'une colique hépatique, soit au déclin d'une fièvre typhoïde, soit dans le cours d'une cholécystite calculeuse, surtout si la vésicule est trop malade.

Pour les tumeurs solides de la vésicule, qui sont le plus souvent malignes, on fera la cholécystectomie précoce.

Pour les tumeurs liquides, hydropisie ou empyème, pour la cholécystite calculeuse, on fera la cholécystectomie, lorsqu'il y aura altération notable des parois de la vésicule et oblitération de son canal excréteur.

Les fistules biliaires consécutives à une cholécystectomie pratiquée pour cholécystite calculeuse réclament la cholécystectomie lorsque les fistules sont muco-purulentes et qu'il y a une altération notable des parois vésiculaires.

Les coliques hépatiques rebelles seraient, d'après Langenbuch, justiciables de la cholécystectomie. Il peut se faire qu'au moment de l'opération la vésicule ne contienne pas de calculs, ceux-ci ayant été chassés dans l'intestin lors du dernier accès, il n'en faut pas moins l'enlever; car on supprime ainsi le foyer d'origine des calculs, on fait une cure radicale de la lithiase biliaire. Une telle pratique est

loin d'être adoptée par tous les chirurgiens : elle n'est d'ailleurs pas exempte de dangers. S'il y a en même temps gravelle intra-hépatique, les calculs peuvent venir s'arrêter dans le cholédoque et causer des accidents mortels.

La cholécystectomie est contre indiquée lorsque la vésicule présente des adhérences trop étendues, il faut alors se contenter de l'incision et du drainage; lorsque l'imperméabilité du cholédoque est dûment constatée ou même soupçonnée.

Indications de la cholécystentérostomie. — La cholécystentérostomie est également une opération physiologiquement permise. Elle supprime la vésicule comme réservoir, et la réduit à un simple canal destiné à conduire la bile dans l'intestin.

Il faut faire l'abouchement le plus près possible de l'estomac; la cholécysto-colostomie est la plus mauvaise des anastomoses entéro-biliaires ; la cholécysto-jejunostomie est préférable et la cholécysto-duodénostomie est de beaucoup la meilleure. C'est l'opération de Terrier qu'il faudra pratiquer toutes les fois que cela sera possible.

L'indication formelle de la cholécystentérostomie est l'occlusion complète ou incomplète du cholédoque, qui est devenu insuffisant, ou tout à fait impropre à conduire la bile dans l'intestin. L'occlusion du cystique est une contre-indication absolue. La grande friabilité de certaines vésicules enflammées rend impossible l'opération.

On fera la cholécystentérostomie, lorsqu'un cancer de la tête du pancréas comprime le cholédoque ; lorsque l'occlusion du cholédoque est due à un calcul enclavé dans ce canal et que la cholédochotomie, qui est aujourd'hui l'opération idéale, est, pour une raison quelconque, rendue impossible. On fera la cholécystentérostomie quand le cholédoque est comprimé par un ganglion cancéreux, cause

reconnue par le signe de Terrier, dilatation de la vésicule, car dans le cas contraire, vésicule atrophiée, c'est à un calcul qu'on a affaire et c'est la cholédochotomie qui doit être pratiquée.

Pour Segond, la cholécystentérostomie ne paraît l'opération de choix qu'en deux circonstances :

1° Dans tous les cas d'oblitération complète et incomplète du cholédoque, lorsque la cause de l'obstruction (rétrécissement, calcul ou tumeur périphérique) n'est pas un rétrécissement dilatable, un calcul possible soit à mobiliser par cathétérisme soit à enlever par cholédochotomie, ou bien un cancer trop avancé pour qu'on soit tenté de faire autre chose qu'une cholécystostomie, et lorsqu'il est avéré que l'altération de la vésicule ou l'oblitération simultanée du cystique recommandent soit une simple cholécystostomie, soit peut-être une opération comme la cholédochoentérostomie ;

2° Dans certains cas de fistules biliaires permanentes, lorsque l'occlusion du cholédoque se présente dans les conditions d'incurabilité précitées et lorsque les changements de rapport de la vésicule ou l'altération de ses parois n'obligent pas à laisser les choses en l'état;

Dans un prochain article, nous terminerons le traitement chirurgical des affections des voies biliaires par les opérations qui se pratiquent sur le cholédoque et par le cathétérisme des voies biliaires.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Un moyen bien simple d'assurer partout le bénéfice de la désinfection,

Par le Dr Charles AMAT.

Il y a peu de temps l'hospice de X..., recevait sur les fonds du Pari Mutuel la somme de 6,000 francs, à charge par lui de parfaire le prix nécessaire à l'achat d'une étuve à désinfection. Pour qui connaît les faibles ressources de cet établissement hospitalier et son installation rudimentaire, la libéralité conditionnelle avait lieu de surprendre. Étant donnés le modèle d'étuve visé et les frais d'installation, c'était imposer une lourde dépense de 4,000 francs, qui eût trouvé des applications plus immédiatement utiles.

Loin de moi la pensée de méconnaître les avantages que la désinfection procure à la santé publique. Mais j'estimais que dans le cas actuel, la dépense partielle et globale était hors de proportion avec le but à atteindre. L'installation précaire de l'hospice, d'une part, de l'autre la faible importance de la population locale cadrent peu, en effet, avec la présence d'une étuve aux fortes dimensions, ayant pris sa bonne part d'un emplacement déjà trop exigu, absolument fixe, nécessitant des soins d'entretien, occasionnant une assez forte dépense pour sa mise en œuvre et représentant un capital à peu près improductif. Si encore cette étuve avait été choisie d'un type plus maniable, si les avis émis sur le choix à faire d'une étuve transportable n'avaient été péremptoirement écartés, on aurait pu aller pratiquer des désinfections au loin et faire concourir, pour le plus grand bien de la santé publique, communes et particuliers à l'entretien et peut-être à l'amortissement d'un si coûteux appareil. Mais la question n'avait pas été suffisamment mûrie pour recevoir une solution pareille.

Comme l'histoire de X... peut être l'histoire de nombre d'autres localités, je me propose de rechercher s'il n'existerait pas un moyen capable d'assurer à peu de frais et partout le bénéfice d'une sérieuse désinfection. Cette question est d'actualité, puisque ce point touche à la protection de la santé publique.

I

Il n'entre pas dans le cadre de cette étude de rechercher quels sont les meilleurs moyens de désinfection. Et sans même tenir compte de la simplification actuellement recherchée des instruments, tant sous le rapport de leur maniement que de la réduction de leur volume, j'admets pour l'instant que l'étuve à vapeur sous pression construite par les maisons Geneste et Herscher ou Leblanc, constitue l'appareil le plus perfectionné et le plus sûr que nous possédions pour la destruction des germes.

Si l'on y joint un pulvérisateur sorti des mêmes maisons et un approvisionnement de sublimé et de sulfate de cuivre, on aura de quoi satisfaire aux exigences des plus rigoureuses désinfections. Tandis qu'avec l'étuve à vapeur sous pression on assurera l'aseptisation des tissus, des étoffes, des matelas, de la literie; avec le pulvérisateur projetant des solutions de sublimé au millième, on désinfectera les murs, cloisons, planchers, carrelages et plafonds, de diverses parties du mobilier, des peaux, des cuirs, des fourrures, en un mot de tous les objets qui ne peuvent supporter l'action de la chaleur. Les solutions de sulfate de cuivre, à 50 p. 1,000, serviront au nettoyage des cabinets d'aisance et des vases souillés.

Comment sera-t-il possible de faire bénéficier le plus misérable hameau d'un pareil outillage? S'il ne peut venir à l'esprit de personne que toute agglomération, pour si petite qu'elle soit, doit comme la ville de X..., dont je parlais tout à l'heure, avoir son coûteux matériel de désinfection, on admettra bien qu'il incombe à une administration sage et pré-

voyante de posséder le moyen de combattre les épidémies en quelque point qu'elles puissent se manifester. L'arme principalo est ici l'étuve à vapeur. C'est avec elle qu'il faut courir sus à l'ennemi et non pas l'attendro, de peur d'être débordé par lui. Avec infiniment de raison, les adversaires de la fixité de l'étuve dans l'hospiee do X..., déclaraient qu'ils ne verraient pas sans sérieuses appréhensions des hardes do eholériques, de typhiques, de diphtériques, être transportées des localités cireonvoisines dans cet établissement (par l'unique porte qui donne aecés aux malados), pour y être désinfectées.

Sans vouloir donner de modèlo, pensant au reste quo le mieux est l'onnemi du bien, j'estime qu'on pourrait s'inspirer de la façon dont s'y prend le serviee de santé militaire pour rendre possible en toutes villes de garnison la désinfection des effets ou des fournituros de literio : du chef-lieu de corps d'armée part une étuve loeomobile Geneste et Herscher, servie par deux infirmiers. L'assainissement terminé, l'étuvo va on d'autres localités, s'il y a lieu, ou revient à son point de départ. Lo chef-lieu de corps d'armée ne pourrait-il pas être représenté par le ehef-lieu d'arrondissement ou même do eanton, suivant l'importanee do la population? L'unité sanitaire s'allierait bien à l'unité administrative, et l'achat d'une étuve dovant servir aux désinfeetions à pratiquer dans un rayon déterminé auquel concourrait, proportionnellement à la population ou aux rossourees, lo budget des eommunes, ne présenterait assurément pas do grandes difficultés. Je sais bien que d'aucuns, pou partisans de l'ingéreuco administrative, préfèrent voir eertains établissements posséder en toute propriété leur matériol sanitaire, mais en cetto occurrenee il me semble que l'on doit s'entr'aider, l'union faisant la foree ou du moins aidant les petits à bénéficier des avantages dont jouissent les grands.

II

Maintenant que je supposo un arrondissement, un canton, voire même une simple commune propriétaire d'une étuve à

vapeur sous pression, comment se pratiquera la désinfection des objets contaminés en tel ou tel point de ce chef-lieu, de ce canton ou de cette commune? Devra-t-on posséder une équipe de désinfecteurs qui, se rendant en ces divers endroits avec des bâches plus ou moins imperméables, emporteront au chef-lieu d'arrondissement, du canton ou à la commune les objets à désinfecter pour les remporter ensuite? Non, de même que le chirurgien doit marcher au pus comme le général doit marcher au canon, suivant l'expression imagée de M. Richelot, le désinfecteur doit marcher à l'infection. C'est assez dire qu'en l'espèce je condamne absolument les étuves fixes pour ne conseiller, dans la pratique de la province, que les étuves locomobiles.

En agissant ainsi, l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892 est susceptible d'une application pratique. Le médecin peut sortir enfin de son rôle tout platonique qui, dans la majorité des cas, se borne à déclarer qu'en telle maison est un varioleux, qu'en telle autre est une typhoïdique, sans que sa déclaration soit suivie de la moindre sanction.

De même que la population tributaire du matériel sanitaire a pris sur son budget le capital nécessaire à l'achat des divers instruments, de même chaque agglomération devra payer une part proportionnelle pour subvenir aux frais d'entretien, sans préjudice des dépenses de chauffage, de transport et d'attelage qui lui incomberont absolument lorsqu'elle en fera usage, sauf à elle a percevoir, hors le cas d'indigence, une indemnité propre à la couvrir de ses frais. Mais je ne veux pas entrer plus avant dans le détail d'une organisation qui me paraît devoir se trouver étroitement liée à la question d'assistance médicale.

Je me résumerai en disant que si l'on veut assurer partout le bénéfice de la désinfection, si l'on veut qu'un matériel sanitaire fort coûteux ne reste pas sans utilisation, mais rende au contraire son maximum d'effet utile, il est nécessaire de créer des centres régionaux de désinfection et de les organiser de

telle sorte qu'une épidémie puisse être rapidement et efficacement combattue partout où elle se sera déclarée.

VOCABULAIRE MÉDICAL

Terminologie technique et scientifique,

Par M. A. Bolognesi.

(*Suite.*)

Troubles de l'olfaction.

Dysosmies. — Troubles variés do l'olfaction.

Anosmie. — Perte complète de l'olfaction.

Hémianosmie. — Perte de l'odorat d'un seul côté.

Hypérosmie. — Exagération de l'acuité olfactive pour toutes ou plusieurs odeurs perçues beaucoup plus intenses sans changer de nature.

Parosmie. — Trouble de l'odorat qui peut se manifester sous doux formes :

a. Parosmie proprement dite. — Troublo de l'odorat qui ne se manifeste seulement que lorsque s'exerce le sens do l'olfaction. Le malade perçoit une odeur très différente de celle que répand lo corps odorant et lo plus souvent fétide.

b. Cacosmie. — Parosmie caractérisée par ce fait que le malade perçoit à tout instant une odeur fétide, repoussante.

Daltonisme olfactif. — Parosmie limitée à certaines odeurs.

Troubles de la gustation.

Agueusie. — Perte du sens du goût.

Hémiagueusie. — Trouble gustatif caractérisé par la perte du goût dans une moitié do la langue.

Troubles de l'ouïe.

Acousie. — Perte de l'ouïe.

Hypéracousie. — Exaltation de l'ouïe d'une seule ou des deux oreilles.

Hypoacousie. — Diminution de l'acuité auditive unie ou bilatérale.

Hémiacousie. — Perte de l'ouïe d'un seul côté.

Paracousie. — Sensation auditive subjective ; bruit de ferraille, de sifflet de locomotive, etc., etc. C'est une hallucination de l'ouïe.

Audition colorée. — Trouble auditif par lequel le sujet voit une couleur chaque fois qu'il entend un son.

Troubles de la vue.

Amaurose. — Synonyme de cécité. La perte de la vision peut être mono ou binoculaire.

Amblyopie. — Amaurose incomplète ; elle est dite qualitative quand le malade distingue encore les objets et quantitative quand il ne fait plus que percevoir la lumière.

Hemiopie ou Hemianopsie. — Perte de la vue plus ou moins complète dans une moitié seulement du champ visuel.

Hémianopsie hétéronyme. — C'est celle qui porte sur deux moitiés différentes du champ visuel dans les deux yeux.

Hemianopsie homonyme. — C'est celle qui porte sur la même moitié du champ visuel dans chaque œil.

Hémianopsie hétéronyme temporale. — Perte des deux moitiés externes des deux champs monoculaires.

Hémianopsie hétéronyme nasale. — Perte des deux moitiés internes des deux champs monoculaires.

Dyplopie. — Vue double. Vue de deux objets au lieu d'un.

Polyopie. — Vue de plusieurs objets au lieu d'un seul.

Kopiopie. — Insuffisance de convergence.

Kopiopie de Fœrster. — Hypéresthésie rétinienne.

Micropsie. — Vue des objets rapetissés.

Macropsie. — Vue des objets agrandis.

Micromégalopsie. — Trouble de la vue dans lequel les objets sont vus rapetissés par l'éloignement, agrandis par le rapprochement de l'objet, d'une façon exagérée, malgré la petite distance de l'œil.

Héméralopie. — Diminution considérable de l'acuité visuelle survenant pendant la nuit ou dans le jour lorsque le malade se trouve dans un endroit peu éclairé.

Dyschromatopsie. — Perte du sens visuel pour certaines couleurs.

Achromatopsie. — Perte totale de la distinction des couleurs.

Daltonisme. — Diminution ou perte du sens des couleurs ou sens chromatique.

Nystagmus. — Mouvements oscillatoires involontaires du globe oculaire; c'est une véritable chorée de l'œil.

Ptosis ou *Blepharoptose.* — Chute de la paupière supérieure.

Blépharospasme. — Spasme, contracture convulsive des paupières. Blépharospasme clownique : c'est le blépharospasme avec clignotement continuel des paupières.

Lagophtalmos ou *lagophtalmie.* — Diminution permanente de hauteur des paupières.

Mydriase. — Dilatation permanente de la pupille.

Myosis. — Contraction permanente de la pupille.

Stigmates et signes divers.

Stigmates somatiques. — Stigmate relevant tantôt de troubles sensitivo-sensoriels, tantôt de troubles moteurs.

Stigmates psychiques. — Stigmates d'origine mentale.

Anesthésie insulaire. — Anesthésie en îlots disséminés sur la surface du corps.

Anesthésie segmentaire. — Anesthésie limitée supérieurement par une ligne circulaire. — *Tronc :* anesthésie en cein-

ture. — *Membre supérieur :* anesthésie en manche de veste. — *Membre inférieur :* anesthésie en gigot. — *Main, pied, coude, genou :* anesthésie en gant, en manchette, en botte, en bottine, en genouillère, etc., etc.

Amyosthénie. — Affaiblissement musculaire généralisé ou localisé qui n'est ni la parésie, ni la paralysie.

Syncinésie. — Trouble qui consiste à lever les deux bras en même temps quand on commande au sujet d'en élever un seul.

Allocinésie. — Élévation au commandement du bras du côté opposé.

Hétérocinésie. — Exécution d'un mouvement inverse à celui qui a été ordonné.

Signe de de Graefe. — Consiste dans le défaut de synergie des mouvements de la paupière et de ceux du globe oculaire.

Signe d'Argyll Robertson. — Abolition du reflexe pupillaire à la lumière, le reflexe de l'accommodation étant conservé.

Signe de Charcot dans le tabès. — Ptosis très prononcé accompagné du signe de Robertson Argyll.

Affections variées.

Trophronéphrose faciale, ou *Aplasie lamineuse*, ou *Hemiatrophie de la face*, ou *Maladie de Romberg.* — Sclérose dystrophique de tous les éléments d'un côté de la face avec arrêt de développement unilatéral du squelette de la face, avec chute des cheveux et poils et chute des dents. C'est une Hémisclérodermie faciale.

Acromégalie, ou *Maladie de Pierre Marie.* — Maladie caractérisée par des déformations qui portent sur les mains et les pieds extrêmement allongés et élargis ; sur la face (hypertrophie du nez et de la lèvre inférieure, prognatisme du maxillaire inférieur), sur le tronc (proéminence du sternum et cyphose cervico-dorsale).

(A suivre.)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS (1)

Chirurgie générale.

Supériorité du silico-fluorure de mercure sur le sublimé comme antiseptique (Hallion, Lefranc et Poupinel, *Soc. de biologie*, 22 fév. 1896). — Le silico-fluorure mercurique paraît être le plus puissant des antiseptiques actuellement connus.

Des expériences bactériologiques pratiquées sur les bacilles pyocyanique, charbonneux et diphtérique, avec du bouillon et du sérum comme milieux de culture, autorisent les auteurs à conclure que le silico-fluorure mercurique est doué d'un pouvoir antiseptique deux fois plus considérable que celui du sublimé corrosif.

D'après des expériences sur le lapin et le cobaye, ce sel est, d'autre part, moins toxique que le sublimé.

Des essais variés et nombreux poursuivis à l'hôpital Bichat ont démontré que le silico-fluorure mercurique, employé en solution à 1 p. 100 et en pommade vaselinée à 1 p. 2000, exerçait sur les plaies opératoires, sur les abcès chauds et les abcès froids, sur l'eczéma, etc., une influence des plus remarquables et des plus rapides, sans présenter aucun inconvénient appréciable.

Une modification du procédé opératoire de Gleich pour le traitement du pied plat (Obalinsky, *Wiener médicinische Wochenschrift*, 1895, n° 41, p. 1537). — On sait que le procédé opératoire proposé par Gleich pour le traitement du pied plat est constitué des temps que voici : ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille, sciage du calcanéum dans la direction de bas en haut et d'avant en arrière, déplacement en bas

(1) La Revue est faite par les soins de l'Institut international de bibliographie, dirigé par le Dr Marcel Baudoin.

et en dedans de la moitié postérieure du calcanéum scié avec suture de l'os ainsi déplacé.

Dans un cas de pied plat gauche compliqué depuis six mois de douleurs persistantes au cou-de-pied, l'auteur a appliqué le procédé opératoire de Gleich légèrement modifié. Prenant en considération qu'il vaut mieux reporter la cicatrice en haut qu'à la plante du pied, il pratiqua une incision cutanée inverse à celle recommandée par Gleich, c'est-à-dire, en forme de ∩, à convexité supérieure et à branches dirigées vers le bas. Grâce à cette modification, il était à même de combiner avec ce temps la ténotomie du tendon d'Achille, temps que l'auteur considère comme très important (Brenner le juge comme tout à fait secondaire). Grâce à la ténotomie, la partie postérieure du calcanéum scié était devenue très mobile, ce qui a facilité son déplacement et sa fixation ultérieure à l'aide de quelques sutures de catgut : or, d'après l'auteur, la bonne fixation du calcanéum importe beaucoup pour le résultat à obtenir.

Les suites opératoires ont été on ne peut plus favorables et le malade a complètement guéri. (*Therapeutische Monatshefte*, fév. 1896, p. 110.)

Médecine générale

Guaïacol dans le traitement de la fièvre typhoïde (N. J. Kétcher, *Bolnitchnaïa Gazetta Botkina*, 16 janv. 1896). — Le guaïacol recommandé en 1893 par Hölscher pour le traitement de la fièvre typhoïde s'est montré inefficace dans 29 cas soignés par l'auteur avec le salicylate de guaïacol : le carbonate fut remplacé par le salicylate dans l'espoir que, en se décomposant dans le tractus gastro-intestinal, chacune des parties constituantes contribuera pour sa part à l'effet thérapeutique désiré. Il commença par prescrire le salicylate de guaïacol à la dose de 0gr,5 répétée trois fois par jour, mais ensuite il a élevé graduellement la dose quotidienne à 3 grammes

(en 6 fois) et a fini par remplacer le salicylate par le carbonate de guaïacol. En même temps les malades recevaient des bains de 35° C.

La comparaison de la marche de la maladie, chez ces 29 cas traités par le guaïacol avec d'autres 26 cas auxquels on administrait le salol et le calomel, lui a démontré que :

1° Le guaïacol n'abrège pas la durée de la fièvre typhoïde;

2° Il n'influence pas d'une manière notable les organes digestifs, l'appareil respiratoire, l'appareil circulatoire, le système nerveux, ni les reins;

3° Il ne prévient pas les complications; et enfin,

4° Il ne diminue pas la mortalité.

Aussi l'auteur déconseille-t-il son emploi dans le traitement de la fièvre typhoïde, d'autant plus que son prix est très élevé. (*Vratch*, 1896, N° 9, p. 252.)

Sur l'action antiseptique des vésicatoires (Lucatallo et Antonini, *Riforma medica*, 14 janv. 1896). — Il y a déjà longtemps, Maragliano a émis la supposition que, outre leur action révulsive problématique, les vésicatoires seraient aussi doués de propriétés directement antiseptiques; cette hypothèse était confirmée par les recherches de Devoto continuées par Valvassori-Peroni, d'après lesquelles les vésicatoires provoquent une leucocytose considérable. A l'appui de cette manière de voir viennent aussi les recherches récentes des auteurs qui se sont assurés que, après l'application de 1 à 2 vésicatoires, le pouvoir bactéricide du sérum sanguin augmente considérablement, surtout quant à la durée de cet état bactéricide. Les recherches de Lucatello et Antonini ont donné toujours les mêmes résultats, que ce soient à des convalescents ou à des sujets bien portants qu'ils aient eu affaire. Ces expériences expliquent aussi l'action de la cantharidine potassique proposée en 1891 par Liebreich pour le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Vratch*, 1896, n° 8, p. 224.)

Maladies de la peau et syphilis.

Traitement de la Syphilis par les Injections d'huile grise (Thibierge, *Press. méd.*, 26 fév. 1896).— Les injections d'huile grise peuvent être substituées utilement au calomel qui produit des douleurs intenses alors qu'avec l'huile grise l'indolence est la règle. Dans la grande majorité des cas, l'huile grise suffit à toutes les exigences thérapeutiques.

L'auteur emploie l'huile préparée suivant cette formule :

Mercure purifié	30 grammes.
Teinture éthérée de benjoin	5 —

Agitez dans un petit matras en verre de 300 centimètres cubes lavé à l'alcool, puis décantez la teinture et laver plusieurs fois à l'éther jusqu'à ce que le liquide surnageant ne soit plus coloré par le benjoin tenu en suspension et versez le mercure dans un mortier, triturez-le avec : vaseline blanche solide liquifiée à une douce chaleur, 30 grammes.

Lorsque la masse est refroidie suffisamment pour avoir une consistance de pommade, ajoutez-y peu à peu en triturant : Vaseline liquide, 30 grammes.

Mêlez avec soin. La préparation demande à peu près deux heures pour être complète. Le produit est enfermé dans un flacon bouché à l'émeri et préalablement lavé à l'alcool.

Cette huile pèse 1gr,12 au centimètre cube. A la dose ordinaire de 3/20 de centimètre cube on injecte une quantité de mercure correspondant à 55 milligrammes de calomel ou à 65 milligrammes de sublimé. L'injection sera pratiquée d'une façon rigeureusement aseptique, elle sera faite dans une masse musculaire, avec une seringue de Straus à tige graduée par 1/20 de centimètre cube munie d'une aiguille d'acier de 5 à 6 centimètres de longueur. La meilleure région est la partie supérieure de la fesse au-dessus d'une ligne horizontale passant à 3 centimètres plus haut que le grand trochanter. Les injections d'huile grise peuvent être répétées à intervalle de 8 à 10 jours au minimum.

Maladies du système nerveux.

Traitement de l'aphonie hystérique (Dr Boulay, *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1er mars 1896). — L'auteur, dans une clinique sur le diagnostic et le traitement de l'aphonie hystérique, après avoir montré que la plupart des nombreux procédés employés agissent uniquement par suggestion, recommande d'introduire une sonde dans le larynx, assez loin pour provoquer un léger accès de spasme ou tout au moins une secousse de toux sonore, de retirer la sonde et d'ordonner à la malade d'épeler à haute voix les lettres de l'alphabet, lentement, tranquillement, jusqu'à ce qu'elle parvienne à émettre un son, en recommençant la manœuvre au besoin, puis de la faire compter jusqu'à 10, passer ensuite à des mots faciles à articuler, papa ou maman par exemple, et enfin à la conversation ordinaire.

Si ce moyen échoue, l'aphonie peut être considérée comme tenace et rebelle ; on peut alors s'adresser à l'un des modes de traitement suivants :

Electrisation extérieure ou intérieure du larynx à l'aide de courants faradiques ou galvaniques pendant 4 à 5 minutes en faisant faire au patient des exercices vocaux pendant le passage du courant.

Le massage de la région antérieure du cou, les tractions linguales méthodiques, le toucher rhino-pharyngien, l'autolaryngoscopie sont encore des moyens psychiques qui peuvent donner des résultats de même que la sensation de constriction gutturale provoquée par la compression des ovaires. Si tous ces moyens échouent, on est autorisé à tenter la suggestion pendant le sommeil hypnotique. A ces divers modes de traitement on peut associer un traitement général : strychnine, valériane, bromure, hydrothérapie, isolement. Il ne faut pas négliger le traitement des lésions concomitantes du nez du pharynx et du larynx qui ont souvent pour effet d'entretenir l'aphonie.

Extraction des bouchons cérumineux du conduit auditif (G. Laurens, *Presse méd.*, 19 fév. 1896). — Le traitement doit être ainsi conduit :

D'abord, proscription absolue de tout instrument. On se servira simplement d'une seringue stérilisable, d'une contenance de 100 grammes environ, d'eau bouillie à 37° centigrades, et on pratiquera l'injection non pas perpendiculairement au centre du bouchon, mais le long de la paroi supérieure du conduit auditif, en injectant les premières gouttes avec la plus grande douceur, en augmentant un peu plus fort, sans jamais aller jusqu'au vertige. Si, après injection de 5 à 6 seringues pleines, même lorsqu'on a seringué plus fort, le bouchon ne sort pas, il faut le ramollir.

Avec la solution suivante :

Carbonate de soude	1 gramme.
Glycérine..........................	ãã 20 grammes.
Eau	

trois fois par jour le malade fera chauffer dans une cuillère à café dix gouttes de cette solution et les versera tièdes dans l'oreille et les y laissera 10 minutes.

Dans l'intervalle des instillations, il placera un tampon d'ouate à l'entrée du conduit.

Le bouchon sort en masse ou par parcelles et, dans ce dernier cas, il faut seringuer jusqu'à ce que l'eau ressorte claire. Après l'extraction, l'oreille sera bien séchée et on finira le pansement par un petit tampon d'ouate hydrophile placé dans l'oreille pendant deux jours.

Pour éviter les récidives, il faudra chaque mois faire une injection tiède dans l'oreille.

L'Administrateur-Gérant: O. DOIN.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl. 134.4.96.



THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Traitement de l'épithélioma de l'utérus et du vagin par le carbure de calcium

Par le docteur Aimé Guinard,
Chirurgien des hôpitaux.

I

L'épithélioma utéro-vaginal est assurément un de ceux contre lesquels la thérapeutique reste le plus désarmée. La chirurgie, il faut bien l'avouer, est aussi le plus souvent impuissante : et les espérances que l'hystérectomie vaginale avaient pu faire concevoir au début ont été presque complétement déçues. Les récidives, même après les interventions les plus radicales et les plus hâtives, surviennent presque toujours dans un délai rapproché; et la marche de cette redoutable affection semble à peine enrayée pour quelques mois. Il faut donc accueillir avec empressement tous les travaux qui ont pour but dans cette maladie de pallier, sinon de guérir. A ce point de vue, j'ai entrepris depuis le mois de décembre dernier une série de recherches thérapeutiques qui m'ont donné déjà des résultats assez concluants pour me permettre d'établir dès maintenant quelques conclusions fermes. Je le fais d'autant plus volontiers que je désire ici prendre date pour que la priorité de mes travaux sur ce sujet ne me soit contestée par personne. Le traitement que je préconise a été employé constamment, depuis trois mois, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de mon maître, M. Peyrot. Voici en quoi il consiste.

II. — *Technique.*

Je me suis adressé à des malades qui présentaient un épithélioma de l'utérus avec envahissement des parois vaginales. En d'autres termes, les malades qui ont été traitées par mon procédé étaient notoirement inopérables et vouées aux injections hypodermiques de morphine jusqu'à la mort. En pareil cas, trois symptômes principaux tourmentent les malades : les hémorrhagies, l'hydrorrhée fétide et les douleurs. Je peux affirmer dès maintenant que la thérapeutique que je préconise combat victorieusement ces trois symptômes. Voici comment je procède. Je prends un morceau de *carbure de calcium* du volume d'une petite noix, ou plus petit, suivant la disposition des bourgeons épithéliomateux, et je l'introduis directement, à nu, au fond du vagin, en contact immédiat avec les parties malades. On sait que ce corps, découvert par M. Moissan, de l'Institut, dans le four électrique, a la propriété, au contact de l'eau, de se transformer en oxyde de calcium et en un carbure d'hydrogène, le gaz acétylène, qui se dégage en très grande abondance. Aussi, dès qu'on a insinué un morceau de carbure de calcium au fond du vagin, on voit se produire un bouillonnement dû au dégagement du gaz acétylène, qu'on reconnaît à son odeur spéciale. Je bourre aussitôt le vagin avec de la gaze iodoformée qui retient l'acétylène au contact des bourgeons néoplasiques, et l'opération est terminée. Au bout de trois à quatre jours, la malade étant dans la position du speculum, j'enlève le tampon de gaze iodoformée et je fais un lavage copieux avec la solution de sublimé au millième. Ce lavage entraîne l'oxyde de calcium à l'état de poudre grisâtre, avec quelques morceaux compacts. Il est nécessaire de détacher avec un corps mousse ou avec l'index ces fragments de chaux éteinte qui sont

comme incrustés dans le néoplasme. Lorsque tout corps étranger a disparu, on peut voir que les parties malades ont changé d'aspect. Toutes les parties atteintes sont grisâtres, et les bourgeons les plus saillants tombent d'eux-mêmes et sont éliminés; de telle sorte que les culs-de-sac tendent à devenir lisses et unis, recouverts seulement d'une membrane uniformément grisâtre. J'introduis alors un nouveau morceau de carbure de calcium, après avoir asséché le vagin avec des tampons. Toutes ces manœuvres se font sans qu'il y ait la moindre hémorrhagie, bien qu'il s'agisse de tissus ordinairement saignants au moindre contact.

Telle est en quelques mots la technique du nouveau traitement que je conseille. On voit qu'elle est d'une simplicité parfaite et ne nécessite ni aide, ni outillage spécial. Il suffit de se procurer le carbure de calcium qu'on trouve maintenant chez la plupart des marchands de produits chimiques: l'Assistance publique n'en délivre pas dans les hôpitaux, bien que le prix en soit des plus modiques (un franc le kilogramme). — Je recommande seulement de choisir des fragments de volume moyen, car on tombe parfois sur des morceaux qu'il est impossible de segmenter, même à coups de marteau.

III. — *Résultats acquis.*

Il est impossible après trois mois d'essais de se prononcer sur la valeur de ce traitement au point de vue de la marche définitive de la maladie : aussi fais-je les plus expresses réserves sur ce point. Mais dès aujourd'hui mon expérience est suffisante pour me permettre d'affirmer que, grâce à cette médication purement locale, j'arrive à supprimer immédiatement :

1° Les hémorrhagies;

2° Les écoulements fétides;

3° La douleur.

C'est là un résultat absolument inattendu mais qu'il est facile de constater. Sur tous les malades en observation, ce triple résultat a été constant, et ce n'est pas là assurément l'application la moins curieuse et la moins originale de ce produit si intéressant que nous devons à M. Moissan.

Les deux premières malades que j'ai traitées par le carbure de calcium, présentaient des hémorrhagies très abondantes, l'une depuis deux mois, l'autre depuis trois mois. Deux applications de carbure de calcium ont suffi pour tarir complètement les pertes. L'odeur a disparu absolument dès la première application, ainsi que l'hydrorrhée. Enfin, les douleurs si vives dans le bas-ventre, dans les lombes, dans les cuisses, s'atténuent rapidement et disparaissent après deux ou trois applications. Je publierai ailleurs, *in extenso*, mes observations. Une de celles qui nous ont le plus frappés a trait à une femme de 54 ans, qui perdait du sang depuis un an sans relâche : elle était arrivée au dernier degré de la cachexie lorsque, le 21 février dernier, elle a commencé à perdre des caillots très volumineux et on l'a apportée à l'hôpital Lariboisière absolument mourante. Dès la première application de carbure de calcium au milieu des bourgeons cancéreux qui oblitéraient en partie le vagin, l'hémorrhagie vaginale a été tarie. Mais comme le néoplasme avait envahi la paroi vésicale, l'écoulement sanguin continuait par la vessie et l'urèthre. Les urines étaient noires et très abondantes. A la seconde application du topique, les hémorrhagies vésicales ont cessé complètement et, dès le 25 février, les urines étaient redevenues claires et limpides. La malade est encore en traitement dans la salle Élisa Roy; les hémorrhagies n'ont pas reparu.

C'est à dessein que je ne parle pas de l'effet produit par le carbure de calcium sur les parties malades elles-mêmes, réservant cette étude pour une communication ultérieure qui n'aura de la valeur qu'après une observation très pré-

longée. Mais, je le répète, on peut dès maintenant affirmer que le carbure de calcium en application locale constitue un procédé de choix pour combattre les hémorrhagies, les écoulements fétides et les douleurs, dans le cancer utéro-vaginal.

IV. — Mode d'action du carbure de calcium

Il s'agit donc d'un palliatif précieux, d'une application des plus faciles. Je dois dire que je n'ai aucune explication à donner du mode d'action du carbure de calcium dans cette affection. Ce qu'on peut affimer, c'est que l'acétylène joue un rôle aussi bien que l'oxyde de calcium. La preuve, c'est que ce gaz passe dans le sang et se retrouve dans les urines plusieurs heures après l'opération. Son odeur très caractéristique apparaît rapidement dans l'urine et persiste tout le reste de la journée. Il est probable aussi que cette chaux vive à l'état naissant a une action caustique sur le néoplasme : il est vrai que dans ce milieu humide, elle est immédiatement éteinte et son action est limitée. Dans mes premiers essais, je redoutais cette causticité de la chaux et j'avais soin d'envelopper le fragment de carbure de calcium dans une couche de coton hydrophile qui s'imbibait rapidement et empêchait le contact direct de l'oxyde de calcium naissant avec le néoplasme. Mais j'ai depuis longtemps supprimé cette précaution et l'action de la chaux me paraît un adjuvant très utile dans l'espèce. Fait remarquable à signaler, le carbure de calcium agit à peine sur la muqueuse saine du vagin qui pâlit légèrement à son contact, mais ne se modifie pas comme les parois ulcérées. Il semble que le médicament ait une action élective sur les bourgeons néoplasiques à l'exclusion des parties tapissées par un épithélium normal.

L'idée d'employer ainsi le carbure de calcium peut pa-

raître bizarre. Elle n'est pourtant pas simplement empirique. On sait que chez les sujets qui ont succombé à l'asphyxie par le gaz d'éclairage, on constate une coagulation toute particulière du sang, comme cela résulte d'un mémoire de Tourdes, publié à Strasbourg dès 1841. Pourquoi cet autre carbure d'hydrogène, l'acétylène, n'aurait-il pas la même action coagulante sur le sang? C'est ce qui m'a engagé à essayer de porter ce gaz acétylène à l'état naissant sur les bourgeons saignants : le carbure de calcium est le seul corps qui puisse pratiquement donner ce résultat. De plus, on pouvait supposer que l'acétylène serait antiseptique et que la chaux vive, résultant de la combinaison du calcium avec l'oxygène de l'eau, pourrait avoir sur le néoplasme une action bienfaisante. C'est en faisant, avec mon ami le docteur Gannal, des expériences pour la construction d'une lampe à acétylène, que l'heureuse idée m'est venue d'employer le carbure de calcium pour le traitement du cancer utéro-vaginal.

Encouragé par les résultats remarquables que je viens de signaler, j'étends ces recherches à d'autres cancers ulcérés, et je suis convaincu que le carbure de calcium pourra être employé avec succès en chirurgie dans d'autres affections.

Les seules remarques suivantes me restent à faire en terminant. Deux fois, j'ai observé une diarrhée assez abondante après la quatrième application du carbure de calcium : cette diarrhée a disparu très aisément, et ne s'est pas reproduite quand j'ai diminué le volume des fragments employés. Enfin il faut prévenir les malades que, pendant trois ou quatre heures, elles éprouveront du côté du vagin, une sensation sourde de brûlure qu'elles supportent d'ailleurs très facilement et qui disparaît spontanément. Il est vraisemblable que cette douleur est en rapport avec la causticité de la chaux vive, et dure tant que les liquides vaginaux n'ont pas hydraté l'oxyde de calcium naissant.

V. — Résumé

Pour le moment, je me borne à signaler aux praticiens, tous les avantages qu'ils peuvent retirer de l'usage du carbure de calcium en applications locales, dans le cancer du vagin et du col utérin. Je ne prétends pas, bien entendu, qu'ils obtiendront une guérison définitive; mais ils sont assurés d'arrêter immédiatement les hémorrhagies, de tarir les écoulements fétides et de diminuer considérablement les douleurs par un procédé des plus simples et qui ne fait courir aucun danger aux malades. De plus, les bourgeons néoplasiques se dessèchent et tombent, laissant une surface lisse et unie. Il est impossible de dire actuellement ce que les malades ainsi traités deviendront. Mais ce qu'on peut affirmer, c'est que la marche fatale de la maladie sera considérablement entravée et retardée, puisque les trois symptômes les plus graves — hémorrhagies, hydrorrhée fétide et douleurs — disparaissent radicalement par l'usage du carbure de calcium.

HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

DIXIÈME LEÇON

Traitement des dyspepsies,

Traitement de l'hyposthénie gastrique ou dyspepsie par insuffisance fonctionnelle

Par M. Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

I. — Causes étiologiques.

L'hyposthénie gastrique, caractérisée par une diminution de la fonction digestive, avec hypochlorhydrie ou

même anachlorhydrie, est une affection qui complique souvent des maladies organiques de l'estomac ou des maladies diathésiques, mais qui se rencontre très rarement comme espèce morbide définie, ayant une existence propre, indépendante de toute autre affection de l'organe. Riegel a fait une statistique intéressante à ce point de vue; il a pu recueillir 128 cas de maladies de l'estomac, qui se décomposent de la manière suivante : 69 malades avaient de la dyspepsie hyperchlorhydrique, 40 présentaient des troubles organiques ou diathésiques divers, dont beaucoup étaient liés à un état hypersthénique ancien, et 19 seulement souffraient de troubles dus à de l'hypochlorhydrie. Ces 19 malades étaient presque tous atteints de lésions; en effet, dans 16 cas, le trouble fonctionnel se trouvait causé par un cancer; un autre présenta à l'autopsie de la dégénérescence amyloïde de la muqueuse; le dix-huitième, avait des reflux de bile, d'origine réflexe, dans l'estomac, et il ne s'en trouva qu'un seul qui présentât une insuffisance fonctionnelle sans lésion et d'origine purement dyspeptique.

Cet examen nous montre que dans le plus grand nombre des cas, la dyspepsie par insuffisance est provoquée par des lésions et que par conséquent elle ne se trouve pas, alors, dans des conditions étiologiques qui puissent permettre d'établir une thérapeutique dirigée, exclusivement, contre les phénomènes dyspeptiques, puisqu'il faut avant tout s'occuper de la cause première de l'état du malade.

Cependant, le cas unique de Riegel est là pour le démontrer, il arrive parfois que la dyspepsie par insuffisance se montre d'emblée; mais dans ces occasions rares, on trouvera cette maladie chez des anémiques ou chlorotiques et chez des névropathes, de sorte que tout en traitant les phénomènes gastriques on sera, en même temps, obligé de s'occuper du traitement de la maladie générale. Dans tous les autres cas, c'est-à-dire dans l'immense ma-

jorité des occasions, on aura affaire à des troubles fonctionnels ayant leur origine dans une lésion. C'est là, au point de vue thérapeutique, une chose extrêmement importante à établir.

Passons rapidement en revue les diverses lésions qui sont l'origine de la dyspepsie par insuffisance :

En première ligne, nous trouvons la *gastrite*, sous toutes ses formes, catarrhe gastrique, gastrite atrophique, presque toujours suite d'un état hypersthénique ayant précédé la gastrite ; trop souvent même, celle-ci est la suite d'une thérapeutique irrationnelle et surtout de l'abus des alcalins, d'après le mécanisme que nous avons précédemment étudié.

La disparition de l'acide chlorhydrique et des glandes gastriques qui le sécrètent est la règle dans le *cancer de l'estomac* ; on a même voulu faire de cette suppression de l'acide un symptôme pathognomonique du carcinome. Assurément c'est un signe qui doit donner à réfléchir, mais il est exagéré de vouloir faire de cette suppression fonctionnelle une caractéristique absolue du cancer, attendu que l'on se trouve en présence du même fait, quand il s'agit simplement de gastrite chronique. Or, les malades atteints de gastrite peuvent parfaitement vivre et même fort longtemps, lorsqu'ils sont mis à un régime convenable ; il serait donc dangereux, pour le pronostic, de se fier seulement à l'existence de l'anachlorhydrie, et pour mon compte personnel, j'ai vu des malades qui présentaient tous les signes du cancer, s'améliorer et reprendre sous l'influence du régime : c'est qu'il s'agissait alors de simples dyspeptiques, par insuffisance, devenus des malades à lésion et en puissance de gastrite. C'est pour cela que je recommande toujours de ne jamais poser d'une manière définitive le diagnostic cancer, car c'est la condamnation du malade et c'est un encouragement à l'expectation chez le méde-

cin, disposition qui serait désastreuse au cas possible où, en réalité, il s'agirait de gastrite plus ou moins avancée.

La *tuberculose avancée* s'accompagne toujours, on le sait, de phénomènes gastriques accusés : il y a d'abord état d'insuffisance au moment des accès fébriles; puis, quand la maladie est ancienne, les glandes sont détruites, et dans tous les cas, l'état de dénutrition cachectique, où se trouve le malade, met celui-ci en insuffisance fonctionnelle absolue.

L'hyposthénie gastrique se trouvera enfin au cours de tout *accès de fièvre*, quel qu'en puisse être l'origine, et à la période cachectique de toutes les maladies chroniques.

II. — Symptomatologie.

Les faits cliniques qui caractérisent cet état sont d'autant plus utiles à bien connaître, que non seulement, comme d'ailleurs dans toutes les médications, ils servent d'indications thérapeutiques, mais encore parce qu'ils représentent avec une exactitude mathématique le contre pied des symptômes qui caractérisent la dyspepsie hypersthénique.

La comparaison est vraiment curieuse à faire :

Hypersthénie.	*Hyposthénie.*
Maigreur, quoique le malade mange parfois beaucoup.	Le sujet semble avoir conservé une certaine apparence tout en mangeant peu.
Appétit conservé ou exagéré.	Anorexie.
Langue rouge.	Langue blanche, saburrale.
Estomac distendu, clapotage.	Pas de distension, pas de clapotage (à moins de fermentations anormales).
Foie augmenté de volume et douloureux.	Foie normal (sauf en cas de fermentations.
Constipation régulière.	Garde-robes normales ou diarrhée.

Le malade souffre avant le repas, mais l'ingestion d'aliments amène un soulagement momentané.	L'alimentation est une cause immédiate de malaise. Pesanteur, chaleur épigastrique, douleurs vives.
La douleur revient deux à trois heures après le repas.	La douleur disparaît trois à quatre heures après le repas (à moins de fermentations anormales.
Les vomissements, s'il s'en produit, se manifestent quatre ou cinq heures après le repas.	Les vomissements, s'il s'en produit, se manifestent immédiatement après le repas.
L'examen du suc gastrique dénote une augmentation considérable de l'acide libre.	Peu ou pas d'acide libre dans le suc gastrique.

Comme on le voit, il est impossible de voir deux affections présenter des caractères plus tranchés.

Si l'on s'en fiait aux signes cliniques, on serait en droit de dire que l'hyposthénie primitive est un fait très rare; je dois cependant déclarer qu'il m'est souvent arrivé de pratiquer, pour les besoins de l'étude, des essais de suc gastrique, après repas d'épreuve chez des sujets considérés comme en état physiologique, et d'être amené à constater que la digestion s'opérait en présence de liquides presque neutres. D'autre fois, on pourra comme moi, trouver des malades qui présentent les symptômes de l'hypersthénie et qui, accidentellement, peuvent se trouver en état d'hypo ou d'anachlorhydrie. C'est que sous le coup de la fatigue des organes, il arrive à ces malades d'avoir des crises d'insuffisance. D'autre part, des sujets supposés sains peuvent présenter des troubles fonctionnels encore ignorés et il ne faut pas oublier que le chimisme peut être déjà altéré sans que les symptômes soient apparents. Mais on peut toujours supposer que les personnes qui présentent des vices chimiques de l'estomac au moment d'un examen, sont suivant les plus grandes probabilités des dyspeptiques en puissance

et cela est surtout exact pour les jeunes gens qui, soit par excès de toutes sortes, travail forcé, écarts de régime, sont particulièrement disposés à devenir des dyspeptiques.

III. — Traitement.

La grande indication thérapeutique de l'état hyposthénique, c'est de provoquer par tous les moyens possibles le retour de la fonction. Comme le premier signe est l'absence ou tout au moins la diminution du titre de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, beaucoup de praticiens conseillent l'administration de HCl en solution étendue, et il faut reconnaître, qu'au point de vue théorique, tout au moins, ce raisonnement semble logique; mais si l'on vient à la pratique, il en est tout autrement, et les choses ne se passent plus du tout dans l'estomac de la même manière qu'au laboratoire, dans les essais faits *in vitro*.

Pour mon compte personnel, je suis absolument opposé à cette pratique et l'on comprendra de suite pourquoi : la dyspepsie est un trouble fonctionnel : il s'agit donc beaucoup plus de rappeler la fonction que de lui suppléer. Ce serait donc aller contre l'indication principale, que je mettais en avant tout à l'heure, que de faire de la chimie dans l'estomac, comme on en ferait dans une cornue; c'est là un procédé qui doit être réservé aux cas de gastrite ou de lésions organiques qui rendent impossible un retour fonctionnel.

D'autre part, l'expérience prouve que l'administration de l'acide chlorhydrique aux malades qui souffrent d'une insuffisance de fonction n'a jamais réussi ; Georges (de Nancy), qui a expérimenté cette méthode sur 100 malades, rapporte que l'effet a été nettement défavorable dans 50 cas, nul dans 45 et favorable seulement dans 5 cas ; on voit que ces

résultats ne sont nullement encourageants. Ma pratique m'a fait reconnaître que cette opinion est exacte.

En conséquence, cette médication doit être réservée aux cas où les glandes de l'estomac sont certainement détruites; mais, lorsque l'on peut espérer qu'il en reste seulement quelques-unes, il est du devoir du médecin de tout tenter pour en réveiller l'action.

C'est donc par le régime et par une médication appropriée que l'on doit procéder, et pour cela, il n'y a qu'à suivre à la lettre les indications cliniques qui viennent d'être posées tout à l'heure. Nous avons montré par un parallèle très suggestif que les symptômes de l'insuffisance étaient exactement l'opposé de ceux de l'hypersthénie, nous en conclurons avec logique que le traitement doit, lui aussi, se présenter en totale opposition. Aussi, nous pourrions nous dispenser de faire l'exposé du traitement et nous contenter de dire : faisons aux hyposthéniques juste l'inverse de ce qui est conseillé aux hypersthéniques, soit comme régime, soit comme médication.

A. *Régime.* — Pas de lait, qui amène rapidement la constipation, qui rend l'intestin paresseux, diminue les sécrétions gastriques ou biliaires et prédispose aux fermentations vicieuses, particulièrement fréquentes dans ce genre d'affections.

La viande doit être employée avec ménagement, car elle est naturellement mal digérée par un estomac pauvre en sucs acides ; le peu de viande absorbée par le malade doit être mis en purée, afin d'en faciliter la transformation en syntonines.

Forcer sur les aliments féculents azotés, pâtes, farines de végétaux, racines au besoin, mais toujours finement divisés.

Tout condiment est utile ; on peut permettre les mets

épicés, qui étaient interdits aux hypersthéniques ; les aliments dits métazymes par Gubler, c'est-à-dire ceux qui portent en eux-mêmes leur ferment, huîtres, gibier, marinades, sont parfaitement tolérés par ces malades.

Comme *boissons*, ce qui convient le mieux, ce sont les vins blancs légers, coupés avec des eaux minérales stimulantes (Condillac, Pougues, Soultzmatt), ou encore l'eau ordinaire additionnée d'eau-de-vie de bonne qualité. Les bons vins rouges eux-mêmes, particulièrement les vieux Bourgogne, sont bien tolérés par certains malades chez lesquels ils provoquent une excitation favorable.

Comme on le voit, c'est exactement le contre-pied du régime ordonné aux malades qui souffrent d'accidents dus à l'hypersthénie, aussi est-il important de bien établir le diagnostic de ces deux affections sous peine de nuire aux malades. Nous allons voir que cette opposition se retrouve et aussi tranchée dans la médication.

B. *Traitement médicamenteux.* — Ici nous ordonnerons les excitants et surtout les *toniques amers*, les *sels de potasse*, le *bicarbonate de soude*, qui excitent la fonction gastrique, l'*ipéca* à petite dose qui excite la musculature. Voici quelques formules :

Cinq minutes avant le repas, une cuillerée à café d'élixir de Gendrin ; c'est une préparation complexe qui peut rendre dans ces cas les plus grands services, car elle renferme des amers et un peu de carbonate de potasse ; en voici la formule (1) :

---

(1) Certains médecins, abusé par l'idée fausse de la toxicité des sels de potassium, substituent à ceux-ci les sels de soude. Or, il est aujourd'hui démontré qu'on a exagéré énormément la prétendue toxicité des sels de potasse, et que, dans beaucoup de cas, ces sels ne sont pas suppléés par les sels de soude.

Vin de Malaga		250 grammes.
Extrait de cascarille		ââ 5 grammes.
—	gentiane	
—	absinthe	
—	myrrhe	
Fleurs de camomille		6 grammes.
Ecorce d'oranges amères		10 —
Sous-carbonate de potasse		15 —

Prendre une cuillerée à café dans un peu d'eau avant le repas.

Si les phénomènes sont plus tenaces et que cette préparation soit insuffisante, ou plus simplement pour varier les prescriptions, chose si importante chez les malades, on pourra donner avant le repas un des cachets suivants :

Sulfate de potasse	5 centigrammes.
Azotate de potasse	5 —
Bicarbonate de soude	30 —
Poudre d'ipéca	1 —

Pour un cachet. Faire cachets semblables n° 30.

On peut au besoin, remplacer le sel de soude par de la craie préparée ou de la poudre de café, et chez les anémiques, ajouter 10 à 20 centigrammes de limaille de fer.

A la fin du repas, pour stimuler la musculature, on administrera avec avantage les préparations de strychnées, par exemple, sous la forme suivante que j'emploie souvent, à raison de 6 gouttes après le repas :

Teinture de noix vomique		6 grammes.
—	ipéca	1 —
—	badiane	5 —

Pour fournir à l'organisme une matière première qui serve à la fabrication de l'acide chlorhydrique, je donne au

milieu du repas une petite dose de 20 centigrammes de *chlorure d'ammonium*.

J'ai blamé l'usage de l'*acide chlorhydrique*, il semble donc qu'il serait logique de proscrire également la *pepsine*, d'autant mieux que ce médicament est aujourd'hui singulièrement démodé. Dujardin-Beaumetz, entre autres, a même soutenu que les ferments artificiels, loin de reproduire, comme on le croyait, les ferments organiques, apportaient dans l'estomac des produits en voie de putréfaction.

C'est là une opinion certainement exagérée. Je développerai plus tard la question d'une manière plus complète, mais je veux dire de suite que dans les maladies de l'estomac, il y a souvent de véritables pertes de pepsine et que dans ces cas on a avantage à faire prendre au malade de la pepsine artificielle, à condition de prescrire des pepsines vraies et d'action certaine.

Il y aurait encore à donner le traitement des troubles dus aux fermentations vicieuses, si fréquentes dans l'insuffisance fonctionnelle de l'estomac, mais comme les phénomènes se retrouvent exactement semblables dans presque toutes les affections gastriques, je préfère consacrer une leçon spéciale à cet ordre de symptômes.

En terminant, je désire donner quelques indications sur l'*hydrologie* dans le traitement de l'hyposthénie gastrique, car c'est un moyen de médication très actif et capable de rendre de précieux services, toutes les fois où ce mode de traitement pourra être employé.

On se souvient que j'ai dû me montrer très réservé au sujet de l'emploi des eaux minérales dans le traitement de l'hypersthénie : c'est que la plupart des stations thermales sont susceptibles d'exercer une action excitante marquée sur les fonctions gastriques, action néfaste dans le cas d'irritation fonctionnelle, mais au contraire utile dans le cas qui nous occupe.

Tout d'abord l'*hydrothérapie* sous sa forme la plus excitante, réussira très bien dans l'hyposthénie ; on supprimera donc toutes les réserves que j'ai dû faire précédemment.

Le traitement hydro-minéral de l'insuffisance gastrique est le triomphe de Vichy, Pougues, Saint-Nectaire, Carlsbad, Hombourg, lorsque le malade peut suivre une cure sur place. Dans le cas contraire, on tirera le meilleur parti de l'emploi à domicile de Santenay et de Maizières dont les eaux supportent le transport sans altération.

Si des troubles intestinaux s'ajoutent aux phénomènes gastriques, les eaux de Châtel-Guyon, de Royat et de Kissingen sont naturellement indiquées.

LARYNGOLOGIE

Traitement des végétations adénoïdes,

Par le Dr A. Courtade
Assistant à la consultation des maladies du larynx, nez, oreilles, de l'hôpital Lariboisière.

L'hypertrophie du tissu lymphatique qui tapisse la paroi supérieure du pharynx est d'une telle fréquence qu'il n'est plus, aujourd'hui, permis aux praticiens d'en ignorer l'existence et par suite ses dangers.

Malgré quelques observations antérieures et isolées de Czermak, de Voltolini, de Lowenberg, on peut dire que c'est à Meyer, de Copenhague, que l'on doit la description la plus complète de cette hypertrophie du tissu adénoïdien.

Sa première communication, en 1868, rapporte le résultat de l'examen de 2,000 enfants chez lesquels il trouva des

végétations dans la proportion de 1 p. 0/0. Depuis, les travaux écrits sur la matière, formeraient à eux seuls une riche bibliothèque.

Comme nous n'avons point l'intention de faire une monographie, d'ailleurs inutile, sur cette question, nous nous bornerons à l'exposition des faits les plus indispensables à connaître pour juger de l'opportunité du traitement et du choix du mode opératoire.

Au point de vue histologique, l'hypertrophie du tissu adénoïde peut être syphilitique, scrofuleuse ou tuberculeuse (Michel Dansac). Cette dernière variété reconnue aussi par Lermoyez, a fait l'objet d'une communication retentissante du professeur Dieulafoy à l'Académie de médecine (avril 1895), qui, par l'inoculation de parcelles de végétations, aurait déterminé la tuberculose à des cobayes 7 fois sur 35 expériences.

Quelle que soit la nature histologique de ces végétations, ajoutons, qu'au point de vue objectif, elles ne se différencient pas sensiblement les unes des autres.

Nous plaçant à un point de vue purement pratique, le seul qui nous importe pour diriger le traitement, nous diviserons l'hypertrophie du tissu adénoïde du pharynx en quatre formes :

1° épaississement plus ou moins localisé ;

2° hypertrophie sous forme de tumeurs arrondies, hémisphériques et non pédiculées ;

3° végétations adénoïdes vraies, pédiculées ;

4° enfin, tumeurs adénoïdes.

Cette classification, purement objective, répond à une nécessité, quelque artificielle qu'elle soit, pour distinguer le degré d'hypertrophie qu'a pu acquérir le tissu lymphatique.

D'ailleurs, les éléments du diagnostic sont fournis par deux procédés d'exploration : la rhinoscopie et le toucher pharyngien.

Par le toucher digital, on constate que la muqueuse est molle, épaissie, mais sans irrégularités, sans saillies manifestes, quand on a affaire à un épaississement simple.

Dans la deuxième forme, on peut parfois sentir quelques mamelons accolés au plafond pharyngien, à surface plus ou moins lisse, greffés sur une muqueuse déjà hypertrophiée.

Quand il y a des végétations ou des tumeurs adénoïdes, la sensation éprouvée est celle que donnerait le toucher de quelques grappes de groseilles ; parfois le pharynx est tellement rempli que la sensation devient confuse ; cette replétion de la cavité pharyngienne est tout à fait particulière et ne peut être confondue, pour peu qu'on ait de l'expérience, avec des polypes muqueux ou fibreux qui rempliraient cette même cavité.

La rhinoscopie est d'un usage plus restreint parce qu'elle est d'une application difficile chez beaucoup de sujets adultes et *à fortiori* chez les enfants et qu'elle exige beaucoup de temps, quand le sujet s'y prête mal, pour fournir tous les renseignements que le doigt peut donner en quelques secondes.

Dans les cas favorables, la rhinoscopie postérieure est d'une très grande utilité et nous fournit des indications précieuses sur le point d'implantation exact des végétations discrètes ou de l'hypertrophie mamelonnée. C'est grâce à elle que nous avons pu, dans plusieurs cas, voir ces mamelons dont le diagnostic eut pu échapper au doigt explorateur.

La rhinoscopie antérieure, qui doit toujours être pratiquée dans un examen complet, nous permet de voir, dans certains cas, les végétations volumineuses encadrées dans l'ovale de l'orifice postérieur des fosses nasales ; aussi doit-on viser à inspecter le bord supérieur de la choane pour constater si le pourtour en est libre et dégagé de toute saillie anormale.

Le plus souvent, il faut le dire, ce bord supérieur de la choane est invisible, caché qu'il est par l'hypertrophie ou la simple turgescence des cornets moyens. Dans les cas de tumeurs adénoïdes, on constate dans l'encadrement de la choane, l'existence d'une tumeur rosée, à surface muriforme, fermant plus ou moins complètement cet orifice.

Les symptômes subjectifs font déjà, à eux seuls, prévoir la présence des végétations adénoïdes que l'examen ne fait que confirmer.

Le symptôme le plus frappant est le facies que présente le sujet atteint de cette affection ; obligé, par l'obstruction nasale, de respirer par la bouche, il tient celle-ci constamment entre ouverte, quand la réflexion ou l'avertissement de l'entourage ne le rappelle pas à une meilleure attitude ; mais cela ne dure pas et force est bien d'ouvrir encore la bouche pour laisser passer largement l'air que les fosses nasales se refusent à admettre ; d'où cet aspect d'étonné, hébété, qu'ont certains adénoïdiens quand ils sont absorbés et respirent tout naturellement, c'est-à-dire par la voie buccale.

Si une grande attention continue, permet à certains enfants de respirer, quoique difficilement, par le nez, dans le jour, il n'en est plus de même la nuit quand cette fonction primordiale s'exécute sans l'intervention de la volonté ; la nature reprend ses droits, la respiration redevient buccale et s'accompagne le plus souvent de ronflements ; c'est même ce dernier symptôme qui attire le premier l'attention des parents.

La similitude de texture des végétations et des amygdales buccales explique la grande fréquence de l'hypertrophie de ces derniers chez les adénoïdiens ; angines fréquentes, sécrétion pharyngée profuse, coryza répétés ou rhinite chronique, telles sont les affections qui accompagnent ou qu'entretiennent les végétations adénoïdes.

Nous nous bornerons à signaler les épistaxis, les accès de laryngite striduleuse et l'influence désastreuse que toutes ces affections exercent sur la santé générale pour démontrer la nécessité absolue d'intervenir dans les cas d'hypertrophie du tissu adénoïde.

Si les complications précitées n'accompagnent pas nécessairement les végétations adénoïdes, il n'en est plus de même du retentissement du côté des oreilles, qui est presque constant. Woakes a trouvé que 95 0/0 des adénoïdiens présentaient une affection auriculaire, Urbantschitsch 130 sur 175 cas ; c'est aussi l'avis de Lowenberg, de Châtelier ; nous ne pouvons que confirmer cette opinion que les végétations adénoïdes, sont un danger constant pour l'organe de l'ouïe.

Il n'y a pas lieu de s'étonner de cette fréquence, quand on se rappelle que la trompe d'Eustache contient des follicules lymphatiques, susceptibles de s'hypertrophier comme leurs congénères, que la présence de tumeurs adénoïdes au plafond pharyngien, entretient un état congestif du plexus veineux pharyngien dont elle entrave la déplétion et que le défaut d'aération de la cavité rhino-pharyngée met un obstacle à la pénétration de l'air dans la caisse du tympan ; toutes ces causes concourent à obstruer la trompe d'Eustache, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir la compression directe de l'orifice pharyngée qui n'est qu'exceptionnelle.

Pour peu que le processus dure longtemps, l'inflammation gagne l'oreille moyenne et se traduit par de l'otite suppurée ou de l'otite catarrhale.

Dans l'une et l'autre éventualité, la surdité plus ou moins complète est l'aboutissant presque certain si on n'oppose pas un traitement approprié.

S'il existe déjà une otite suppurée quand on constate l'existence de végétations, elle dure indéfiniment, quelque

traitement qu'on lui oppose, si on ne fait pas disparaître la cause déterminante.

Dans les cas moins aigus, l'action nocive de l'hypertrophie du tissu adénoïde ne se fait pas moins sentir quoique à échéance plus éloignée ; les diverses étapes parcourues sont l'obstruction tubaire, l'otite catarrhale hyperplasique, enfin la sclérose.

On peut dire sans crainte d'exagération, que tout adénoïdien est un candidat sérieux à la surdité.

La diminution de l'ouïe qui peut commencer de très bonne heure est une cause manifeste de retard dans les études, mais ce n'est pas la seule ; comme l'avait fort bien remarqué Meyer, les enfants porteurs de végétations présentent souvent une mobilité de l'esprit excessive, des défaillances de la mémoire, etc., troubles intellectuels qu'il a désignés sous le nom d'aprosexie.

Ce tableau symptomatique incomplet des tumeurs adénoïdes, démontre la nécessité d'intervenir pour empêcher ou enrayer les complications.

Le traitement peut être médical ou chirurgical.

Le premier donne dans quelques cas des résultats assez satisfaisants pour que l'action chirurgicale soit inutile ou au moins ajournée.

Tout d'abord, nous plaçons en première ligne les irrigations nasales pratiquées avec le siphon de Weber avec de l'eau très chaude à 40 et 45°. Le lavage pratiqué matin et soir avec une solution de sel de cuisine ou de bicarbonate de soude ou d'acide borique, agit surtout par sa température et par le nettoyage de la cavité pharyngée encombrée de sécrétion muco-purulente.

Sous leur influence, le canal rhino-pharyngé se désobstrue, la respiration nasale devient plus facile ; parfois l'état de bien-être que ressent le malade, équivaut à une guérison, mais c'est l'exception.

Cette heureuse éventualité ne se produit que dans les eas où l'on a affaire à l'épaississement simple ou à l'hypertrophie mamelonnée du pharynx.

Demander à l'irrigation nasale qu'elle fasse rétrocéder des végétations ou des tumeurs adénoïdes serait exagéré ; elle diminue eependant la tuméfaetion transitoire, conséeutive à un refroidissement, qui peut atteindre ees néoplasies au même titre que les amygdales bueeales ; d'où soulagement marqué par l'emploi du siphon.

M. Marage a préconisé récemment les badigeonnages du pharynx supérieur avec une solution à parties égales de résoreine et de glyeérine dont il aurait retiré d'excellents résultats ; s'il en faut croire l'auteur, quelques badigeonnages suffiraient à faire regresser les végétations adénoïdes. Nous avons essayé ee même traitement et nous sommes obligés d'avouer que nous n'en avons point retiré d'avantages sérieux.

La résoreine agit eomme léger caustique et à ee titre peut être utile dans l'épaississement simple ou l'hypertrophie mamelonnée de la muqueuse, eomme le ferait une solution d'aeide phénique ou d'iode.

Lorsque des eomplications apparaissent et obligent à faire disparaître le tissu adénoïdien hypertrophié mieux vaut recourir immédiatement à l'opération ehirurgieale.

On peut aceéder à la région malade par deux voies : l'une étroite, souvent diffieile ou même impossible à parcourir, c'est la voie nasale ; l'autre spacieuse, eonstamment ouverte, laissant un libre champ aux instruments, c'est le pharynx buceal.

Dans ses premières opérations, Meyer introduisait un petit anneau tranehant, à travers les fosses nasales pour aller curetter les végétations ; cette méthode a été suivie par quelques auteurs mais seulement dans des cas déterminés ; chez une de nos malades, âgée de 22 ans, atteinte

de volumineuses tumeurs adénoïdes, nous avons suivi la voie nasale parce qu'on apercevait derrière les choanes des tumeurs qui les obstruaient et que l'anse froide put saisir aisément

C'est seulement dans des cas analogues à celui-ci que l'on a avantage de passer par les fosses nasales; mais lorsque les végétations ne sont pas assez volumineuses pour être vues par la rhinoscopie antérieure, ou lorsqu'il existe de l'atrésie des fosses nasales par déviation, hypertrophie de la cloison, la voie buccale est de beaucoup préférable. On ne peut donc ériger en méthode générale de suivre la voie nasale.

Les instruments qui servent à opérer les végétations peuvent se diviser en plusieurs catégories, abstraction faite, bien entendu, des différences qui existent dans la forme, la courbure, la direction du tranchant, etc., d'un instrument de même ordre :

1° Pinces s'ouvrant transversalement ou d'avant en arrière ;

2° Curettes tranchantes dont l'anneau est transversal ou antéro-postérieur, ongle métallique ;

3° Anse froide ;

4° Galvano-caustique appliquée sous forme de curettes ou d'anse chaude.

Il serait fastidieux d'énumérer les noms des diverses pinces employées, car chaque opérateur a la sienne ou plutôt celle du voisin légèrement modifiée, suivant ses vues personnelles.

Le type générique est la pince de Lowenberg, dont les branches s'ouvrent transversalement.

Les curettes sont formées d'un anneau tranchant par ses deux bords ; dans la curette d'Hartmann le plan de l'anneau est dans l'axe du manche, c'est-à-dire antéro-postérieur ; l'anneau de la curette de Gottstein est au contraire trans-

versal par rapport au manche et se manœuvre par conséquent d'avant en arrière; son tranchant, car il n'y en a qu'un, sur son bord postérieur, n'est pas dirigé directement en arrière, mais forme avec l'horizon un angle plus ou moins aigu.

Il n'est point besoin de donner la description du serre-nœud que tout le monde connaît.

La galvanocaustique est aussi employée pour pratiquer l'opération à blanc; on emploie pour cela soit des curettes (Rousseau), soit une anse de fil de platine (Châtelier).

Quelle méthode opératoire employer?

Recourir systématiquement et dans tous les cas à la curette, comme certains le recommandent, ou à la pince, ou aux deux successivement?

Nous croyons qu'il est préférable de rester éclectique et de s'inspirer des conditions anatomiques du tissu à enlever.

S'il existe un état velvétique de la muqueuse avec légères élevures ou même des petites végétations molles, la curette suffit à abraser le tissu pathologique; mais si ce dernier est de consistance ferme, si les végétations sont volumineuses, la curette employée exclusivement, serait d'un mauvais emploi; elle ne pourrait sectionner le pédicule, quelquefois assez gros, de ces masses adénoïdes, d'autant plus qu'elle n'agit pas en sciant, mais en râclant; elle est loin de couper comme un rasoir, heureusement pour les tissus sains.

Dans ces cas il vaut mieux, avec une pince convenable, enlever le plus possible les grosses masses, et achever l'opération avec la curette qui détache les pédicules ou les petites végétations que la pince n'a pas saisies.

Quelques praticiens se bornent à pratiquer le curettage soit avec l'ongle de l'index tenu un peu long, soit avec un ongle métallique monté sur un anneau que l'on fixe à ce même doigt; nous n'avons jamais employé ce procédé qui

doit être fort pénible au malade, fatigant pour le médecin et qui donne des résultats bien inférieurs à l'usage de la curette : d'ailleurs, il est à peu près impossible, avec le même doigt, de curetter tout le pharynx, en supposant qu'on arrive aisément jusqu'au plafond, ce qui n'est pas toujours possible chez les malades d'un certain âge.

Quant au choix du genre de curette, Hartmann ou Gottstein, c'est affaire de vue personnelle ou d'habitude. Il est cependant une disposition du pharynx dont il n'est point parlé et que nous avons mis en relief, c'est la suivante : le trousseau fibreux qui va de l'apophyse basilaire aux premières vertèbres cervicales est parfois si saillant que la cavité du plafond pharyngien est comme divisée en deux dômes ; la curette d'Hartmann étant manœuvrée transversalement, est souvent arrêtée par ce demi-cloisonnement et ne peut, par conséquent, parcourir tout le champ malade d'un seul coup de main ; force est de contourner l'obstacle pour arriver dans l'autre moitié du pharynx ; si donc, par le toucher pharyngien, on constate cette disposition très prononcée, il vaudra mieux recourir à la curette de Gottstein ; s'il existe, cependant, des végétations sur les parois latérales du pharynx, cette dernière ne saurait les atteindre commodément et ne remplace pas la curette d'Hartmann.

L'usage de l'anse galvano-caustique est assez restreint et d'une application plus difficile que les instruments précédents ; elle n'a sur eux qu'un avantage minime, celui d'enlever les tissus pathologiques sans effusion de sang ; si l'on était prévenu que l'on va opérer un hémophilique, l'emploi de la galvanocaustique devrait évidemment être préféré aux instruments coupants.

Exceptionnels sont les cas où l'hémorragie consécutive à l'opération a mis les jours du malade en danger ; on pourrait peut-être compter les observations de mort par hémorragie post-opératoire ; si les sujets n'étaient pas hémophi-

liques, on est en droit de se demander si l'opération a toujours été faite avec prudence, si on n'a pas lésé profondément par pincement, râclage outré des tissus sains, détails que ne donnent pas les observateurs.

On doit se rappeler que la partie tranchante des pinces occupe la partie périphérique des cuillers et qu'une pression même peu énergique sur une muqueuse saine est susceptible de faire saillir un léger bourrelet entre les mors; que l'on rapproche alors les branches de la pince et que l'on sectionne la partie saisie, on sera sûr d'enlever une portion plus ou moins étendue de partie saine et d'ouvrir des vaisseaux peut-être importants.

De plus, les végétations ou mamelons implantés immédiatement derrière des choanes fournissent plus de sang que ceux situés en arrière ou sur les parties latérales du pharynx.

Ces quelques considérations suffisent pour montrer les difficultés d'une opération facile en apparence; comme elle est pratiquée le plus souvent, sans anesthésie, et au jugé, on n'est pas toujours sûr d'avoir enlevé tout le tissu pathologique.

On peut, il est vrai, recourir à l'anesthésie générale pour pratiquer une opération radicale, ne lâchant pince ou curette que lorsque l'exploration avec l'index ne révèle plus aucune saillie saisissable avec la pince ou susceptible d'être abrasée avec la curette.

L'anesthésie avec le bromure d'éthyle dure trop peu, pour permettre ce mode d'intervention où l'exploration succède à l'application des instruments; il faut pour cela que l'anesthésie soit complète, car une demi-insensibilité crée plutôt des difficultés qu'elle ne facilite l'intervention.

Comme l'opération des tumeurs adénoïdes est en elle-même bénigne, dans la très grande majorité des cas, l'a-

nesthésie ne doit être employée que dans deux conditions : ou sur la demande formelle des parents qui veulent que leur enfant ne souffre pas, ou lorsqu'on a affaire à des jeunes sujets indociles, intraitables et assez vigoureux pour qu'ils soient difficiles à maintenir.

Quelque rares que soient les accidents imputables à l'anesthésie par le bromure d'éthyle ou le chloroforme, il faut que la responsabilité du médecin soit dégagée non par une simple acquiescement, mais par une demande formelle, ou par l'impossibilité de pratiquer l'opération sans anesthésie ; d'ailleurs, l'opération est si peu douloureuse que les enfants même n'y songent plus quelques instants après ; on ne saurait donc de gaieté de cœur ajouter un danger, si minime qu'il soit, à celui de l'intervention chirurgicale.

Vers l'âge de vingt-cinq à trente ans les végétations adénoïdes subissent une regression spontanée qui atténue ou fait disparaître les inconvénients dus à leur présence ; il n'est pas exceptionnel cependant de rencontrer des malades beaucoup plus âgés que l'on est obligé d'opérer pour faire disparaître une complication due à leur présence.

Malgré leur atrophie spontanée, il ne faudrait pas s'attendre à une guérison de la surdité déjà ancienne qui est la conséquence des végétations ; si, dans bien des cas, l'intervention a été suivie d'une amélioration inattendue de l'ouïe, il est loin d'en être toujours ainsi, surtout lorsque les lésions de l'oreille moyenne sont profondes (vastes perforations du tympan, adhérence, ankylose des osselets, sclérose) ; les lésions acquises persistent et ne sont pas influencées par la disparition de la cause initiale. Même dans les cas d'otite catarrhale chronique, le processus continue d'évoluer, si on est intervenu trop tardivement. C'est pour cela que nous avons dit que tout enfant qui a des végétations est un candidat à la surdité ; on pourrait même aller plus loin et

ajouter que tout enfant qui *tient habituellement la bouche ouverte*, s'il n'y a pas une disposition spéciale des mâchoires qui l'occasionne, est un enfant *qui présente ou des tumeurs adénoïdes ou une obstruction nasale*, capable d'amener, à une plus ou moins longue échéance, la surdité.

On ne saurait donc trop attirer l'attention sur ce fait, que bien des parents considèrent comme une mauvaise habitude et qui n'est l'effet que d'une nécessité physiologique.

Ces simples notions sur une affection aussi répandue que l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée font comprendre pourquoi il y a avantage à surveiller et au besoin à intervenir à la moindre menace de complications; on ne risque rien à les soigner trop tôt et beaucoup à attendre trop tard.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS (1)

Chirurgie générale.

Sur la valeur de la pneumotomie dans le traitement des affections purulentes et putrides des poumons (Quincke, *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie*, B. I, Lief. I.). — L'auteur, dans ses recherches, s'est appuyé sur 54 cas de pneumotomie, dont 17 personnels et 37 trouvés dans la littérature médicale. Ces cas ont trait aux éventualités suivantes (V. tableau p. 415) :

On voit donc que, en règle générale, les cavités siègent en majeure partie (46 fois sur 54 cas = 84 %) dans le lobe inférieur; elles ne siégeaient dans le lobe supérieur que 5 fois et

(1) La Revue est faite par les soins de l'Institut international de bibliographie, dirigé par le Dr Marcel Baudoin.

dans le lobe moyen dans 3 cas. Le côté gauche était atteint autant de fois quo le côté droit (aà 27 fois). Quant aux résultats de l'opération, on nota une amélioration dans 37 °/₀; la mort est survenue dans 37 °/₀; dans 6 °/₀ l'opération no produisit aucun effet ot un résultat incomplet a été obtenu dans 20 °/₀.

Mais los chiffres seront tout à fait différents si l'on considère à part les cas aigus ot les cas chroniques. En effet, sur les 20 cas aigus il y eut 35 °/₀ do morts et 65 °/₀ do guérisons; quant aux cas chroniques, la mort y est survenue dans un nombre à peu près égal (dans 38 °/₀), mais, en rovanche, la guérison n'a été notéo que dans 20 °/₀, tandis que l'échec a été observé dans 9 °/₀ et dans 32 °/₀, le résultatobtenu n'a été qu'incomplet.

Il en résulte donc que, tout en donnant un nombre assez considérable do morts, les cas aigus fournissent dans deux tiers de tous les cas une guérison complète : ce sont les cas simples, sans gangrène, qui donnent les meilleurs résultats. Les abcès chroniques et los bronchiectasies se terminent d'une manière de beaucoup moins favorablo : même dans les cas non compliqués, los résultats obtonus sont souvent incomplets; les abcès chroniques sont-ils compliqués de processus putrides, le nombre de guérisons complètes tombo à un chiffre presque insignifiant. Cetto différence notable entre les cas aigus, d'une part, et les cas chroniques, d'autre part, l'auteur est enclin à l'expliquer par la propriété que possède à un degré élevé le tissu pulmonaire, à savoir sa contractilité vers la cicatrice, en cas d'abcès aigus; or, dès que l'on a affaire à des abcès chroniques, la rigidité des parois contrecarre cette contractilité, d'où les insuccès nombreux observés dans ces cas.

Il ne faut non plus perdre do vue que le siège de la cavité n'est pas indifférent pour la curabilité des cavités : se trouvent-elles dans le lobe supérieur, leur oblitération n'est que peu entravée par la rigidité des côtés; au contraire, dans le

	NOMBRE DES MALADES.	MORTS.	GUÉRISONS.	SANS RÉSULTATS.	RÉSULTATS incomplets.	SIÈGE DE LA CAVITÉ: Dans le lobe supérieur.	Dans le lobe moyen.	Dans le lobe inférieur.	A droite.	A gauche.
I. a) Abcès aigus simples	7	1	6	»	»	1	»	6	3	4
b) Abcès aigus putrides	13	6	7	»	»	1	1	11	8	5
II. a) Abcès chroniques simples et bronchiectasies	8	2	1	1	4	»	»	8	2	6
b1) Abcès chroniques putrides	9	3	4	»	2	2	2	5	5	4
b2) Dilatations bronchiques putrides	10	5	»	2	3	1	»	9	3	7
III. Affections putrides provoquées par des corps étrangers	7	3	2	»	2	»	»	7	6	1
	54	20 (37 0/0)	20 (37 0/0)	3 (6 0/0)	11 (20 0/0)	5	3	46	27	27
Cas *aigus* seuls (Ia et b)	20	7 (35 0/0)	13 (65 0/0)	»	»	»	»	»	»	»
Cas *chroniques* seuls (II et III)	30	13 (38 0/0)	7 20 (0/0)	3 (9 0/0)	11 (32 0/0)	»	»	»	»	»
Les 17 cas personnels de l'auteur : I. a)	2	»	2	»	»	»	»	»	»	»
— — I. b)	1	»	1	»	»	»	»	»	»	»
— — II. a)	4	»	1	»	3	»	»	»	»	»
— — II. b1)	2	2	»	»	»	»	»	»	»	»
— — II. b2)	6	3	»	1	2	»	»	»	»	»
— — III.	2	»	1	»	1	»	»	»	»	»
	17	5	5	1	6	»	»	»	»	»

lobo inférieur, les sécrétions qui y stagnent opposent uno résistance considérable à l'accolement des parois de la cavité.

Toutefois, Quincke conseille d'opérer l'abcès, où qu'il siège, le plus tôt possible, sans lui permettre de passer à l'état chroniquo; la putridité du contenu de la cavité tout en assombrissant le pronostic, milite encore davantage on faveur d'une intervention chirurgicalo aussi précoce que possible. — De même aussi, il est pour l'intervontion, même en cas d'abcès chroniques, y compris les bronchiectasies sacculaires; dans des cas pareils on peut du moins espérer que, grâce à l'opération, on arrivera à prévenir l'extonsion des lésions à la portion encore saine des poumons.

Quant aux dilatations bronchiques multiples (cylindriques aussi bion que sacculaires), les indications opératoires sont moins nettes : à priori, il est peu probable que l'opération sera ici de grando utilité. Mais il existe des cas où l'opération, décidée et entreprise par suite d'un diagnostic erroné (au lieu do cavités multiples, on croyait avoir affairo à une cavité unique volumineuse), était suivio d'une certaine amélioration ; il croit l'opération permise même dans ces cas : en effet, elle n'aggrave nullement l'état du malade ot, en même temps, c'est lo seul moyen de s'opposer à la décomposition putride du contenu de la cavité.

Le diagnostic des cavités purulentes présente de grandes difficultés. En effet, les crachats purulents s'observent aussi dans la pleurésie purulento ot dans la bronchite purulonte. Le diagnostic différentiol ne se pose parfois qu'après une observation prolongée et très soigneuse, et encore faut-il parfois avoir recours à une ponction exploratrice. Ce qui aide un peu au diagnostic, c'est que, dans la bronchite purulente, les troubles subjectifs sont ordinairement peu notables et n'ont aucun rapport avec la quantité d'expectoration qui, en même temps, est plus continue. Le diagnostic de « cavité pulmonaire purulente » deviont probable en cas de décomposi-

tion putride des crachats, et il devient incontestable toutes les fois que l'on y trouve des fibres élastiques, du pigment pulmonaire et surtout des débris du tissu pulmonaire : mais malheureusement tout ça se rencontre très rarement.

Le siège de la cavité purulente est encore plus difficile à élucider. Il va sans dire que l'on se guidera sur les signes physiques : mais, par suite de la disposition de la cage thoracique, ces signes ne sont d'aucune utilité dès que l'abcès se trouve dans le lobe moyen ou inférieur. Quant à la ponction exploratrice, l'auteur est d'avis qu'il ne faut la pratiquer que dans des cas rares ; en effet, son utilité est peu grande, puisque le pus retiré peut provenir aussi d'une bronche même peu dilatée, et, d'autre part, son emploi n'est pas exempt de tout danger.

L'opération elle-même sera de préférence faite les malades étant couchés en diagonale et soumis à l'anesthésie générale peu profonde ; dans quelques cas, l'auteur s'est contenté de l'anesthésie locale et d'injections sous-cutanées de morphine. (*Vratch*, 1896, N° 8, p. 227.)

Cystotomie sus-pubienne (Bazy, *Soc. de Chir.*, 12 fév. 1896). — M. Bazy, à propos de 2 observations de M. Mougeol (de Chaumont), envisage les indications de la cystotomie chez les urinaires en général et les prostatiques en particulier. Chez les urinaires, l'indication peut être fournie par la douleur, l'hémorrhagie et l'infection.

Mais la cystotomie ne doit être faite qu'après l'échec dûment constaté de l'intervention non sanglante ; lavages de la vessie à l'antipyrine dans les hémorrhagies, sonde à demeure dans la douleur et l'infection.

Chez les prostatiques, les indications de la cystotomie sus-pubienne sont les suivantes :

La taille vésicale avec méat temporaire ou définitif est indiquée surtout dans les douleurs d'origine vésicale, dans l'hématurie, dans les infections subaiguës que la sonde à demeure n'a pu enrayer.

Elle est impuissante contre les accidents infectieux suraigus, mais doit être tentée.

Elle peut être, dans l'immense majorité des cas de cathétérisme douloureux, remplacée par la sonde à demeure.

Elle doit être exceptionnellement employée dans les cas de fausses routes, de cathétérisme difficile ou impossible.

Médecine générale

Emploi thérapeutique du phénol (Dr G. Pouchet, *Rev. gén. de clin. et de thér.*, 29 fév. 1896). — Le phénol est un antiseptique efficace, mais de moyenne intensité et qui doit être employé à doses relativement fortes, parfois dangereuses en raison de leur toxicité. Les deux solutions à 5 p. 100 solution forte et à 2,5 p. 100 solution faible sont irritantes et caustiques, surtout pour les injections dans les cavités closes.

Le titre minimum des solutions à employer doit être de 10 p. 1000.

Comme formules de préparation pour les solutions mères qui serviront à obtenir les solutions diluées faibles ou fortes l'auteur propose la suivante :

Phénol cristallisé...................	300 grammes.
Alcool ou glycérine.................	600 —

3 cuillerées à soupe de la solution obtenue avec la glycérine, 4 cuillerées à soupe de la solution préparée avec l'alcool mélangées à un litre d'eau donnent une solution phéniquée à 20 p. 1,000. Pour éviter les mélanges imparfaits de la solution mère avec l'eau, il faut, comme l'indique Tarnier, faire préparer des séries de petits flacons renfermant la dose nécessaire pour la préparation d'un litre de solution.

On devra alors formuler :

Phénol cristallisé...................	20 grammes.
Alcool ou glycérine.................	40 —

L'usage du phénol à l'intérieur et même en lavements est à peu près complètement abandonné aujourd'hui.

Liqueur de Fowler en injections sous-cutanées (Kernig, *Zeitschrift für klinische Medicin*, B. XXVIII, p. 270). — Les injections sous-cutanées de liqueur de Fowler sont à recommander dans tous les cas où, outre l'anémie, il existe encore d'autres affections (telles que, par exemple, leucémie, pseudoleucémie, malaria, tuberculose, carcinomatose, certaines affections nerveuses) ou des troubles gastriques et intestinaux qui contre-indiquent l'usage interne de l'arsenic. L'auteur n'observa qu'une seule fois la formation d'un abcès au lieu d'injection. On nettoiera la seringue à l'aide de l'acide phénique et le lieu d'injection (bras, dos, poitrine) avec de l'éther. Dans la majorité des cas il suffira d'injecter tous les jours une demi-seringue d'une solution *limpide* de 1 partie de liqueur de Fowler pour 2 parties d'eau = III à IV gouttes de liqueur de Fowler non diluée. (*Fortschritte der Medicin*, 1er mars 1896, n° 5, p. 185.)

Du bleu de méthylène dans le mal de Bright chronique (Doumer, *Nord médical*, janv. 1896). — L'auteur, chez un malade âgé de 50 ans, brasseur, atteint d'une affection rénale très caractérisée : troubles cardiaques, bruit de galop, troubles visuels, scotomes assez étendus; troubles de la sécrétion urinaire, polakiurie douloureuse avec polyurie, beaucoup d'albumine, cylindres hyalins, prescrit 10 centigrammes de bleu de méthylène et revoit le malade deux mois après. Celui-ci a suivi ponctuellement les prescriptions, n'a pris aucun autre médicament et n'a suivi aucun régime.

Disparition de l'ascite, des scotomes; cœur en bon état, sans bruit de galop; diminution de l'albumine et des cylindres hyalins; l'œdème localisé aux malléoles ne se produit plus que par la fatigue.

Après quelques jours de repos, le traitement par le bleu

de méthylène est repris et un mois après, l'état du malade s'est amélioré au point que l'albumine et les cylindres hyalins ont disparu; il en est de même de la polyurie et les forces sont revenues.

Le traitement de Netchaieff, préconisé par Losenthal pour e mal de Bright aigu, pourrait donc être employé aussi utilement dans le mal de Brigth chronique.

Stabilité des solutions d'iodure (Dr Carles, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 fév. 1896). — Pour maintenir la stabilité des solutions d'iodure de potassium ou de sodium qui prennent en vieillissant une coloration plus ou moins jaune due à la mise en liberté d'une petite partie d'iode, qui sont alors désagréables à prendre et laissent à la bouche une saveur de marée tenace et nauséeuse et de plus irritent la muqueuse pharyngo-gastrique, le docteur Carles propose d'ajouter aux solutions un peu d'hyposulfite de soude qui est sans action nuisible.

On pourrait ainsi formuler la solution :

Iodure de potassium	10 grammes.
Hyposulfite de soude................	0gr,05
Eau distillée........................	200 grammes.

Sur un cas d'ivresse pétrolique (Mabille, *Soc. de Méd. publique et d'Hyg. prof.*, 26 fév. 1896). — L'auteur a pu observer deux cas d'intoxication par les émanations de vapeur de pétrole, chez des ouvriers employés dans les cales d'un navire pétrolier amarré aux quais du port de La Palice.

Les premiers symptômes sont analogues à ceux déterminés par l'alcoolisme aigu : excitation cérébrale, exubérance de langage suivie de prostration avec amnésie totale, d'où le nom d'ivresse pétrolique donné à cette intoxication.

Il existe, en outre, une forme chronique observée surtout chez les mineurs du Caucase et qui est caractérisée par une anémie chronique et progressive.

Iodure de potassium ou iodure de sodium (Dr Briquet, d'Armentières, *Journ. de Méd. et de Chir. patr.*, 25 fév. 1896). — Le Dr Briquet se demande si on doit préférer l'ioduro de potassium ou l'iodure de sodium.

Il passe en revue les propriétés physiologiques et thérapeutiques, ainsi que le pouvoir toxique de ces deux sels, et après les avoir expérimentés au point de vue do leur valeur thérapeutique, il arrive aux conclusions suivantes :

L'iodure de potassium possède une activité un peu supérieure à celle de l'iodure de sodium.

Expérimentalement, l'iodure de potassium est plus toxique, mais cette toxicité relative ne s'est jamais manifestée par ingestion stomacale.

L'iodure de sodium est sans contredit mieux supporté, est d'un goût moins désagréable et donne habituellement moins d'iodisme.

L'iodure de potassium doit être préféré à l'iodure de sodium, sauf dans les maladies des voies respiratoires et contre certaines douleurs rhumatismales.

Si l'iodure do potassium est mal toléré on peut lui substituer l'iodure do sodium, dont la valeur thérapeutique n'est qu'un peu inférieure.

On pourrait pratiquement commencer par l'iodure de sodium et, la tolérance obtenuo, passer à l'iodure de potassium.

Si l'on admet qu'à la longue l'iodure de potassium puisse avoir un effet dépresseur que ne posséderait pas l'iodure de sodium, il conviont, en cas de traitement de longue durée, d'alterner de temps à autre les iodures de potassium et de sodium pour obtenir le maximum d'effot utile et le minimum d'effet dépresseur.

Action analgésique du gaïacol (Dr Pise, *Acad. de Méd.*, 25 fév. 1896). — L'auteur dans un travail qui fut l'objet d'un rapport de M. Ferrand à l'Académie, propose d'employer les badigeonnages de gaïacol sur la peau pour l'application des pointes de feu qui devient alors absolument indolente.

Il suffit d'imbiber une compresse avec 1 à 4 grammes de gaïacol; on l'applique sur la peau, on la recouvre d'un taffetas ciré et, au bout de quelques minutes, l'analgésie est produite et dure plusieurs heures.

Par ce procédé, l'application des pointes de feu, si mal supportée par de nombreux malades et qui est souvent refusée pour cette raison, devient absolument indolente et les suites de l'opération ne courent aucun inconvénient.

M. Ferrand signale sur ce procédé les dangers du collapsus si la dose de gaïacol est trop forte. Aussi conseille-t-il de ne pas dépasser 1 à 2 grammes et de ne pas faire l'application du remède sur une surface supérieure à un décimètre carré.

Antisepsie du sous-nitrate de bismuth (Dr Carles, *Arch. clin. de Bordeaux*). — L'auteur combat le discrédit qui menace ce vieux médicament en faveur du salicylate de bismuth, lequel coûte le double environ du sous-nitrate.

Le sous-nitrate de bismuth est un bactéricide puissant ; en chirurgie, sous l'influence de son action, les plaies cessent de devenir putrides, elles ne s'enflamment pas, ne suppurent pas et leur réunion immédiate est facilitée.

En clinique interne, le sous-nitrate de bismuth, grâce à son action bactéricide, agit merveilleusement dans les affections gastro-intestinales dues à des fermentations vicieuses.

Analyse de ses propriétés : dans son trajet intestinal, les effets produits par le sous-nitrate de bismuth tiennent à la fois de son oxyde et de son acide, oxyde bismutique et acide azotique. L'oxyde sature les acides de l'estomac, dit-on ! pour l'auteur, le calme de l'estomac produit par le sous-nitrate tient plutôt à l'action élective que possède l'oxyde sur les mucus qu'il précipite en détergeant la muqueuse malade et à son action germicide individuelle.

L'acide agit sur la muqueuse à la façon d'un astringent tonique et aussi comme antiseptique. L'action bactéricide se poursuit aussi jusque dans l'intestin. Mais pour que toutes ces

conditions puissent se réaliser, il faut que le sous-nitrate soit pur et non mélangé de carbonate comme dans le sous-nitrate léger commercial, et que le médicament soit à l'état de division le plus grand possible. C'est ainsi que le sous-nitrate, même en potion gommeuse simple, agit plus efficacement que le même poids en cachets ou en prises ordinaires.

Maladies des enfants.

Hypodermoclyse dans la diarrhée infantile. (C. Picot, *Rev. méd. de la Suisse Romande*). — L'auteur a obtenu des résultats merveilleux chez un enfant de deux mois et demi, atteint de gastro-entérite grave avec collapsus, en pratiquant des injections sous-cutanées d'eau salée à 5 pour 1000.

L'enfant qui était mourant reçut dans la région lombaire 10 grammes de cette solution et le lendemain on continua le traitement par les lavements d'eau salée.

Une amélioration considérable fut ainsi obtenue dans ce cas où l'état paraissait absolument désespéré et à bref délai.

Ce traitement mérite donc, en pareille circonstance, d'être expérimenté.

Naphtaline contre les oxyures (Schmitz, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 6 fév. 1896). — L'auteur prescrit la naphtaline en cachets, à 0gr,15 — 0gr,4 chacun, à en prendre 4 par jour, en tout 10 cachets en 3 jours. Le traitement sera répété 3 fois ou davantage, à 8-14 jours d'intervalle. Du reste, sur 40 enfants traités, il y a eu rechute dans 20 cas. (*Vratch*, 1896, n° 8, p. 221.)

Maladies de la peau et syphilis.

Traitement de la Syphilis (Dr Patoir, *Nord méd.*, 1er mars 1896). — Il faut traiter toutes les syphilis bénignes ou graves et les traiter longtemps pour éviter les accidents graves du

tertiairisme et l'heredo-syphilis. Il faut soigner la syphilis dès qu'elle existe et dès que le diagnostic est établi. Comme méthode abortive, en présence d'un chancre jeune, nullement ou peu induré, sans adénopathie de voisinage, on pourra tenter l'excision. Le traitement hygiénique constitue la première indication du traitement et a pour but de modifier le terrain sur lequel va évoluer la maladie et de mettre le malade en état de résistance.

La seconde indication comprend la médication antiseptique, celle qui doit attaquer la maladie ; la médication antiseptique se fait au moyen du mercure surtout et de l'iodure de potassium, agents vraiment anti-syphilitiques. Il y a quatre méthodes d'administrer le mercure :

1° Les fumigations peu pratiques ; 2° les injections pas très utilisables dans la pratique de la ville et qu'on n'emploiera que dans les cas graves, menaçants ; 3° les frictions qui constituent une méthode active et puissante ; on prescrira ainsi la dose journalière :

Onguent napolitain.......	4 grammes.
Pour une dose F.S.A................	10 doses semblables.

on peut pousser la dose jusqu'à 8, 10 et 12 grammes dans les cas de syphilis viscérale ; 4° les ingestions. Deux médicaments sont surtout employés : le *bichlorure de mercure* sous forme de liqueur de Van Swieton, laquelle se donne à la dose de une ou deux cuillerées à soupe dans un bol de lait, et sous forme de pilules. L'auteur préfère aux pilules de Dupuytren la formule de Fournier, à la dose de deux pilules par jour :

Bichlorure d'hydragyre.............	ãã 1 centigramme.
Extrait d'opium	

le *protoiodure de mercure* qui s'emploie sous forme de pilules, formule de Ricord ou de Fournier dans lesquelles il entre 5 centigrammes de protoiodure par pilule.

L'iodure de potassium se donne à doses variables, selon la gravité des cas 2 et 3 grammes en solution à titre préventif et jusqu'à 10 et 12 grammes pour les accidents graves.

Comme direction générale du traitement, la cure doit être intermittente, périodes de traitement et périodes de repos. Le docteur Patoir donne comme exemple, le schéma du professeur Fournier et celui du professeur Leloir, en ajoutant qu'il faut tenir compte de la marche de l'affection et ne pas s'en tenir au programme en parant à toutes les éventualités.

Électrothérapie.

Applications thérapeutiques de l'électrisation électro-statique ou franklinisation (A. Massy, *Rev. int. d'électr.*, déc. 1895 et janv. 1896). — L'électricité statique s'emploie sous forme de bain statique, souffle ou effluve, étincelles, aigrette et frictions.

Elle a une réelle valeur comme traitement des affections suivantes : chorée, hystérie, neurasthénie, rhumatisme chronique, goutte chronique, diabète sucré, névralgies, migraines, rhumatisme musculaire.

Dans la *chorée*, l'électrisation statique ne convient qu'aux cas légers et moyens de la maladie, sous l'influence du traitement franklinique, les troubles de la motilité diminuent d'intensité, l'agitation du malade est moins forte, le sommeil meilleur ; la durée normale de la maladie est abaissée à 4 ou 6 semaines. On emploiera le bain statique d'une durée de dix minutes, une à deux fois par jour, au début ; plus tard, on lui ajoutera quelques frictions légères sur le rachis et les membres. Séance de 15 minutes : 5 minutes de bain, 5 minutes de frictions et 5 minutes de bain statique.

Dans l'*hystérie* normale, la franklinisation agira sur les anesthésies, hyperesthésies, analgésies, hyperalgésies, l'amyosthénie, la diathèse de contracture.

Dans l'hystérie pathologique, elle combat avec succès les

paralysies, les contractures, l'astasie-abasie, les spasmes, les tremblements, les névralgies, les œdèmes, l'hystéro-traumatisme.

Au début, le bain statique sera employé seul ; plus tard, on lui associera : les étincelles fortes (analgésie, anesthésie, paralysie), les étincelles faibles ou l'aigrette (amyosthénie, œdème, astasie-abasie), les frictions et le souffle (hyperesthésie, hyperalgésie, contracture, spasme, tremblement, névralgie). Séance de 15 minutes commençant et finissant toujours par le bain statique.

La *neurasthénie vraie*, essentielle, est seule tributaire du traitement franklinien ; le traitement sera varié suivant les principaux symptômes essentiels de la maladie.

La céphalée, les troubles du sommeil, l'insomnie, les troubles intellectuels auront pour traitement le souffle sur la tête, le front et la nuque ; la rachialgie et l'hyperesthésie, la friction effectuée sur le rachis ; l'amyosthénie, les fortes étincelles tirées le long du rachis et sur tout le corps ; les troubles gastriques, les étincelles et frictions au niveau de la région stomacale ; les troubles intestinaux, les étincelles tirées le long du gros intestin.

Les troubles génitaux seront combattus par les frictions ou les étincelles au niveau de la région lombaire de la moelle.

La durée de la séance sera de 10 à 12 minutes chez le neurasthénique excité, de 20 minutes chez le neurasthénique épuisé.

C'est par son action sur la nutrition, en combattant la diathèse, que l'électricité agit sur le rhumatisant, le goutteux et le diabétique, et le bain statique remplira toujours une grande partie de la durée de la séance.

Aux névralgies et à la migraine, on fera la friction, le souffle ou la douche statique, en commençant toujours par le bain.

Pour le rhumatisme musculaire, on emploiera les étincelles légères et les frictions énergiques au niveau des zones douloureuses et on terminera par le bain statique.

Au point de vue physiologique, voici comment agit la franklinisation :

Le bain statique stimule et régularise les fonctions de nutrition et d'innervation et active les échanges en augmentant l'intensité des combustions internes. Le souffle ou effluve électrique abaisse la température locale ; l'étincelle amène une dilatation des vaisseaux sous-cutanés et une contraction des muscles sous-jacents ; l'aigrette tient à la fois du souffle et de l'étincelle. La friction électrique produit une dilatation des vaisseaux sous-cutanés de la peau et une excitation de ses nerfs sensitifs.

Extraction d'une aiguille à l'aide d'un électro-aimant. (Hendrix, *La Clin.*, 30 janvier 1896.) — Il s'agit d'une jeune fille qui s'était introduit un fragment d'aiguille dans la paume de la main, lequel était allé se loger dans la gaine des extenseurs, vers l'extrémité supérieure du quatrième métacarpien. De vaines tentatives d'extractions avaient été faites. La présence et la nature du corps étranger ayant été démontrée après examen, on appliqua un électro-aimant d'une force de traction de 80 à 85 kilogrammes et l'aiguille, longue de 4 à 5 centimètres, sortit sous l'influence de la seule traction de l'aimant.

Maladies du système nerveux.

Opium et bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie (Marro, *Giornale della Academia di Medicina di Torino ; Riforma medica*, 4 janv. 1896). — On sait que le traitement de l'épilepsie proposé par Flechsig et amélioré par Salzburg consiste à donner aux malades, pendant 6 semaines, de l'opium à doses graduellement croissantes et à le remplacer ensuite par le bromure de potassium à doses élevées. Ce qui plaide théoriquement en faveur de ce procédé, c'est que l'opium, provoquant l'hyperhémie cérébrale, rendrait per-

méable au sang des vaisseaux où le sang ne pouvait plus arriver : aussi le bromure de potassium, administré après l'opium, serait-il à même d'exercer son action calmante sur des régions du cerveau avec lesquelles, sans l'aide de l'opium, il n'aurait pu entrer en contact.

L'auteur a prescrit ce traitement à 10 épileptiques : il leur faisait prendre l'extrait muqueux d'opium (de Beaumé). Il débuta par des doses quotidiennes de 0gr,1 - 0gr,15 d'extrait (en 3 fois) et monta graduellement jusqu'à 0gr,5 - 0gr,6 par 24 heures. Ce mode de traitement était continué pendant 40 à 42 jours. Sous l'influence de l'opium, les malades étaient atteints de constipation (alternant parfois avec des diarrhées) et de somnolence ; quant aux accès, chez quelques-uns, ils survenaient avec une plus grande fréquence qu'auparavant. A l'expiration de ces 6 semaines, les malades recevaient du bromure de potassium, jusqu'à en prendre 7 grammes par jour : le bromure était administré pendant des semaines et des mois.

Sur les 10 épileptiques, 3 reçoivent encore le bromure de potassium pendant un laps de temps par trop court pour que l'on puisse attribuer grande valeur à l'absence chez eux de tout accès ; quant aux 7 cas restants, l'amélioration survenue chez eux est incontestable et stable : les accès ont diminué considérablement de fréquence, et leur état psychique s'est notablement amendé.

Aussi l'auteur recommande-t-il le procédé de Flechsig-Salzburg, malgré les quelques inconvénients présentés par lui. (*Vratch*, 1896, n° 8, p. 223 et 224.)

Traitement des arthropathies nerveuses (Mouchet et Coronat, *Arch. gén. de Méd.*, fév. 1895). — Les auteurs, dans une revue critique sur les arthropathies nerveuses, en formulent ainsi le traitement :

Le traitement médical de l'affection causale ne devra jamais être négligé, mais la thérapeutique de ces arthropathies est avant tout chirurgicale

Les arthropathies qui succèdent à des traumatismes des nerfs subissent généralement une amélioration par le massage et la mobilisation. Les arthropathies tabétiques ou syringomyéliques sont justifiables de l'immobilisation dans un bon appareil et le traitement orthopédique doit être prolongé fort longtemps.

Ponction et lavage avec un liquide irritant, eau phéniquée forte, chlorure de zinc au 1/10e si la synoviale articulaire est distendue par une grande quantité de liquide. S'il y a récidive, on en arrivera à l'arthrotomie, qui peut d'ailleurs être employée d'emblée.

Dans le cas de lésions destructives avancées comme dans les cas d'hyperthrophie considérable des extrémités articulaires, la résection ne donne que des résultats passagers et les récidives sont presque la règle. Si les lésions sont assez étendues ou prononcées pour amener une impotence absolue et causer au malade une réelle infirmité, l'amputation peut être tentée. Dans les cas compliqués par l'infection, l'intervention chirurgicale présente un caractère d'urgence tout spécial, arthrotomie ou amputation. La résection, qui ne donne aucun résultat, devra toujours être évitée.

Traitement mécanique de l'ataxie. (Dr Belugou, *Arch. génér. de Méd.*, février 1896). — L'auteur, dans un mémoire original, passe en revue le traitement mécanique de l'ataxie locomotrice, et après avoir parlé de l'élongation des nerfs, de la suspension, de l'élongation médullaire sans suspension, il arrive à la méthode de gymnastique rationnelle et des exercices compensateurs de Frenkel, qui a été déjà analysée dans le *Bulletin général de thérapeutique* de janvier 1893, aussi ne retiendrons-nous de ce travail que ce qui concerne les membres inférieurs, procédés dont l'exposé est inédit. L'incoordination des membres inférieurs est traitée successivement par des exercices au lit, et par des exercices debout.

Au lit les procédés sont :

La jarretière. — Une jarretière, à laquelle est ajustée une

petite plaque en bois, entoure une jambe au niveau du genou, de façon à ce que la plaque corresponde à la face antérieure de la rotule. Au commandement, le malade doit relever l'autre jambe, dans l'extension, puis la fléchir vivement de façon à frapper du talon la plaque rotulienne.

Le bâton. — Un bâton est maintenu par des aides au-dessus de la partie moyenne des jambes, à une hauteur d'environ 30 centimètres. La manœuvre consiste à faire alternativement passer les pieds au-dessous et au-dessus du bâton, sans le toucher, par une flexion et une extension successives de la jambe.

Le cerceau. — Même manœuvre que la précédente; seulement les pieds doivent passer, sans toucher les bords, soit en entrant, soit en sortant, dans un cerceau d'environ 30 centimètres de diamètre, placé à la même hauteur que le bâton précédent et obliqué de façon à favoriser, suivant les cas, l'adduction ou l'abduction.

L'arc à encoches graduées. — Un appareil en bois en forme d'arc de cercle est disposé horizontalement sur le lit, au niveau des pieds, qu'il embrasse dans sa concavité. Cet arc est muni, perpendiculairement à son plan, d'encoches disposées en ordre régulier à différentes hauteurs, et séparées par des pointes. Au commandement, le talon doit se placer successivement dans chaque encoche.

Les exercices debout peuvent être variés à l'infini.

Le malade devra d'abord apprendre à s'asseoir et à se lever lentement sans appui; puis à exécuter des mouvements du pied, en avant et en arrière, le corps restant immobile. Viendront ensuite les exercices de la marche, à direction uniforme d'abord, suivant une ligne tracée, puis à direction modifiée, changeant au commandement, soit suivant des angles divers tracés sur le sol, soit suivant les contours de cercles concentriques, également dessinés sur le plancher, et dont le plus petit représente naturellement le mouvement locomoteur le plus difficile, comme l'angle le plus aigu

nécessite le maximum d'équilibre dans le changement de direction. Et la série de ces mouvements se trouve multipliée par le fait de la suppression ou de l'admission d'un appui, de la distance à parcourir, de la nature du sol, et de toute autre modification qu'on peut imaginer.

Comme contre-indication, le Dr Belugou signale :

Le tabès à évolution lente, le tabès à troubles sensitifs très marqués, le tabès à déchéance organique profonde. Les cas d'ataxie où la fatigue est très rapide et très accentuée conviennent peu aux exercices de Frenkel. Les complications arthropatiques les interdisent absolument.

Note sur la belladone dans le traitement de l'épilepsie (Féré, *Journal des Connais. méd.*, 21 novembre 1895). — L'auteur montre que ce médicament, tout au moins à titre d'exception, peut, dans des cas d'épilepsie grave, produire des suspensions prolongées analogues à celles qu'on doit aux bromures. C'est donc un médicament qu'il ne faut pas négliger.

Sérothérapie.

Injection, dans un Endothélioma, du sérum d'écrevisse du D. Emmerich Scholck (Reineboth, *Deut. med. Woch.*, 28 novembre 1895, p. 794-795). — Il y a deux ans, on traita, à Halle, une tumeur mammaire par le sérum du Dr Emmerich Scholck. La première injection donna naissance à un dépôt floconneux de couleur blanche. La seconde étant demeurée inefficace au point de vue bactériologique, on augmenta la dose de 1 à 5 centimètres cubes chaque jour. Après un repos d'un jour, on injecta au septième jour 9 centimètres cubes, et au huitième jour 15 centimètres cubes. Une tuméfaction molle d'aspect œdémateux s'était formée, sous l'action de ce traitement à l'articulation sterno-claviculaire et du côté de l'aisselle. Puis la partie centrale de la tumeur bleuit, surtout dans la région de la plus ancienne piqûre; on ne constata jamais ni

rougeur érysipélateuse, ni élévation de température, ni ralentissement du pouls ou de la respiration, ni modification dans l'urine, ni douleur. Lorsqu'autour des piqûres se produisirent des excoriations, d'où s'écoula sans cesse un sérum limpide, alors seulement la tumeur diminua de volume. En même temps, l'œdème s'atténua. La faiblesse augmenta et la patiente mourut au bout de quelques jours. A l'étude microscopique de ce cas, on diagnostiqua un endothélioma caractéristique. Il résulte de ce qui précède que l'injection de ce sérum jusqu'à 15 centimètres cubes demeura inefficace et n'a pas donné plus de résultats que les autres médications, si l'on en excepte toutefois l'excoriation de la peau au niveau des piqûres.

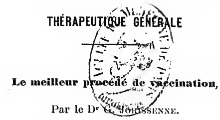
Sérothérapie par voie intestinale (Dr Chantemesse, *Soc. méd. des hôp.*, 31 janv. 1896). — Pour obvier aux inconvénients dus aux injections sous-cutanées de sérum antitoxique, M. Chantemesse a imaginé une méthode qui peut mettre à l'abri de ces inconvenients et rendre de grands services. Il a pratiqué dans 20 cas la sérothérapie par injections intestinales et a pu se rendre compte que l'absorption du sérum par la muqueuse intestinale se fait facilement et n'entraine aucun inconvénient.

On commence par donner un lavement au malade pour nettoyer l'intestin, puis on fait l'injection de sérum dans le rectum avec une seringue et une sonde en gomme de moyen calibre et d'une longueur de vingt centimètres.

Aucune douleur; pas d'érythème de la peau; même efficacité que l'injection sous-cutanée à doses égales. Cette méthode, pratiquée avec du sérum de Roux dans 3 cas de diphtérie a paru agir aussi efficacement qu'à la suite d'une injection sous-cutanée.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT (Cl.) 136.5.96.



THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Le meilleur procédé de vaccination,

Par le Dr G. JORISSENNE.

Les insuccès de la vaccination m'avaient souvent frappé, parce qu'ils paraissaient parfois paradoxaux et que certains médecins en gardaient la spécialité. Un enfant, seul de toute une famille, résistait à l'inoculation ; ailleurs, une série de vaccinations infructueuses sur un individu était suivie d'un succès inattendu et complet ; un médecin réussissait là où plusieurs confrères avaient échoué. Il y avait donc lieu de soupçonner les méthodes et quelquefois les opérateurs, d'autant plus que les scarifications bien pratiquées avaient déjà diminué considérablement le nombre des échecs, laissés pour compte aux procédés nombreux du passé. Mais pourquoi les scarifications elles-mêmes n'amenaient-elles pas des résultats constamment positifs ? Certes, la façon de les pratiquer entrait bien en cause ; Warlomont, Uné et d'autres avaient souvent averti de la nécessité d'empêcher un écoulement marqué de sang, celui-ci entraînant le vaccin avec lui ; ils avaient également insisté sur l'influence de l'application prolongée et répétée de la lymphe sur la peau scarifiée ; ils avaient signalé les avantages des frictions au moyen de la lancette jusqu'au moment où les plaies se dessèchent. On n'en tenait certainement pas compte avec une ponctualité suffisante. Toutefois, beaucoup d'insuccès ne pouvaient s'expliquer par une négligence quelconque. Il fallait bien accuser les méthodes.

J'avais donc cherché, dès 1891, un nouveau système et,

après avoir établi ces trois points : 1° que l'écoulement du sang est nuisible ; 2° que les scarifications superficielles l'emportent sur les ponctions (les statistiques de Warlomont le prouvaient) ; 3° que les scarifications sont souvent l'origine de pustules géantes, confluentes ou multiples, — je m'étais dit que la dénudation superficielle du derme, ou, plus exactement du corps muqueux sous-épidermique, sans atteinte aux vaisseaux sanguins, pouvait offrir une surface restreinte d'absorption et, tout en permettant celle-ci, faire éviter les pustules de dimensions excessives. Il suffisait de limiter l'enlèvement de l'épiderme à un territoire minime, ce territoire dépasserait en étendue la surface offerte par les scarifications, mais n'atteindrait point leurs dimensions linéaires, un écart de limites totales aussi grand.

Mes prévisions se vérifièrent, et le succès de mes vaccinations fut constant ; le chiffre de mes revaccinations fructueuses s'accrut d'une façon étonnante, je dirai même inquiétante ; aussi j'en vins à préconiser autant que je le pus non seulement la revaccination, mais la revaccinisation.

J'ai exposé ma manière de voir et de faire, le 25 juillet 1892, à la Société royale de médecine publique du royaume de Belgique ; on trouvera le compte rendu de la séance au volume XI, p. 160. A la séance suivante, M. le professeur Kuborn déclara que le système avait réussi sur un enfant né d'une femme qui avait fait une variole pendant sa grossesse. Or, l'enfant, à deux mois, avait été réfractaire au vaccin, et d'autres essais, dans la suite, étaient restés stériles.

Je viens de prendre connaissance, tardivement et par hasard, des mémoires publiés dans le *Bulletin général de thérapeutique* par MM. Rafinesque et Raymond en 1894 (1).

(1) Mon mémoire est terminé quand je reçois le livre de M. Martial

Ces confrères ne citent pas ma communication. Je me permets de réclamer mon droit de priorité ; il est incontestable. Mais je tiens encore davantage à préciser quelques différences entre ma manière de procéder et celle de ces Messieurs. Leur système n'est pas sans défauts. On verra que les inconvénients dont ils se plaignent, ne sont dus qu'à ces imperfections mêmes, et que je les ai évitées complètement, dès mes premiers essais. Aussi je compte sur la généralisation prochaine de mon système et sur l'abandon définitif de toutes les autres méthodes.

Voici, en tous ses détails, ma très simple opération. Après avoir savonné la peau, je la désinfecte avec de l'alcool (esprit de vin), rarement de l'éther, celui-ci donnant une sensation de froid qui fait crier les enfants ; l'éther est donc applicable seulement aux enfants d'un certain âge et aux adultes. Quand la peau est parfaitement sèche, je la tends de la main gauche et, au moyen d'un instrument désinfecté, — lancette, bistouri, canif même, mais préférablement petit ténotome à extrémité mousse pour ne pas être exposé à piquer le patient s'il s'agite — je racle un carré mesurant trois millimètres de côté *au maximum*, de façon à n'enlever que l'épiderme. Le corps muqueux seul est mis à nu ; on s'en aperçoit vite à l'aspect mat du territoire éraflé, surtout si on le regarde obliquement ; en outre, les fins ramuscules sanguins qui y rampent, deviennent nettement visibles. L'art de l'opérateur consiste à ne pas entamer ces vaisseaux, et cet art est bien facile à acquérir; gratter sans brutalité, progressivement, tâter la résistance de l'épiderme, très variable suivant les individus et les

---

Hublé, *Précis de la vaccine et de la vaccination moderne*, 2 vol. Même lacune. — M. Hublé propose un système dont je combats les principes un peu plus loin; il pratique 4 éraflures de 6 à 8 millimètres de long, et il applique du taffetas boriqué.

divers points du corps, voilà tout le secret. Il est toujours avantageux de se choisir un terrain uniforme, une peau non granuleuse, sans glandes hypertrophiées, durcies et promptes à saigner par arrachement.

La surface non sanglante, mais assez riche en vaisseaux lymphatiques, est excellemment apte à l'absorption. Le vaccin y pénètre rapidement ; cela se constate sans peine, car il semble se dessécher en un rien de temps. En réalité, il ne se dessèche pas, il disparaît dans les tissus avivés. Ceux-ci ne donnent ni sang, ni liquide parenchymateux appréciable ; le vaccin ne peut être non plus entraîné en dehors de la petite plaie. Les conditions essentielles de la réussite sont donc réunies à souhait.

La douleur est nulle ; c'est un chatouillement que l'on éprouve ; les enfants s'en amusent, rient et s'ébattent souvent au cours de l'opération ; ceux qui déjà savent parler, insistent pour qu'on multiplie « les fleurs, les semis, les décorations, etc. ». Je ne dépasse jamais trois insertions, malgré ces invitations engageantes.

Pour finir, quand je constate que les enfants ne sont pas entretenus avec une propreté exemplaire, j'applique un peu d'ouate aseptisée (1) sur la partie opérée. En d'autres cas, je rabats simplement le linge de corps.

D'ordinaire, la réaction générale est peu marquée, la

(1) J'ai imaginé un procédé très simple pour aseptiser instantanément une pelote d'ouate. Je la réduis en feuillets minces et la trempe dans l'alcool; puis la saisissant dans les mors d'une pince, je l'expose à la flamme d'une allumette. L'alcool flambe. J'éteins quand l'ouate commence à roussir. Cette ouate est pratiquement aseptique et ne contient pas d'antiseptique qui pourrait entraver le développement du vaccin. Ce procédé ne suffirait pas pour détruire le bacillus subtilis, je l'ai vérifié, mais les microbes vulgaires et fréquents dans une ouate même protégée sont moins résistants.

Je ne conseille pas néanmoins de s'en fier à ce système pour purifier une ouate malpropre et trop sujette à caution.

lymphangite du voisinage est médioere ou nulle, le volume des pustules est régulier, sans tendanee à la confluenee.

Tels sont mes résultats, bien différents de eeux qu'aeeuse M. Rafinesque. Il dit, en effet, en sa première note (*Bull. génér. de thérap.*, 1894, p. 142) que la réaction générale, les phénomènes loeaux exeessifs de voisinage, le volume énorme des pustules qui paraissent résulter de la confluenee de plusieurs éléments, sont les trois défauts de son proeédé. *Il propose même, eomme remède, de ne pratiquer qu'une seule insertion.*

Évidemment *il faut* rejeter le remède ; le nombre des pustules n'est pas indifférent pour la préservation de la variole. C'est l'avis de *M. Longet*, en son remarquable artiele *Vaccin et vaccination* dans le dictionnaire encyclopédique des seiences médicales, p. 169. « La multiplicité des inoculations, dit-il, a une véritable importance, en ee qu'elle a pour effet de déterminer une imprégnation plus profonde de l'économie par le virus vaeeinal ; d'où une stérilisation plus complète du terrain de eulture..... Les inoculations multiples sont surtout nécessaires dans la revaccination..... Le nombre des insertions doit être au minimum de 3 à 5 sur ehaque bras ». Si M. Rafinesque exagère en un sens, M. Longet tombe dans l'exeès contraire. Je ne erois pas à la nécessité de pratiquer 6 à 10 insertions ; je m'en tiens à 3 depuis plus de vingt ans, et je n'ai jamais de variole dans ma clientèle ; mais je ne voudrais pas courir le risque de ne faire qu'une inoeulation. En tous cas, partisan de la vaeeinisation, je m'empresserais de revaeeiner peu de temps après la première opération.

Le « remède » proposé par M. Rafinesque est superflu si l'on eonduit plus logiquement la vaecination. Ce distingué eonfrère « gratte jusqu'à apparition du sang ». C'est une première faute à éviter ; il ne faut pas que le sang paraisse. Le sang entraîne le vacein et le répand sur la peau envi-

ronnante ; cela compromet l'imprégnation. La blessure des vaisseaux augmente le danger d'une inflammation réparatrice et d'une suppuration ; on ne pourrait guère combattre celles-ci, puisque l'emploi des antiseptiques aurait pour premier effet de détruire le vaccin (1).

C'est une cause probable de la réaction locale et de la réaction générale dont se plaint M. Rafinesque.

En lisant la seconde note, écrite en collaboration avec M. Raymond, j'ai cru d'abord qu'il y avait changement d'opinion. « Nous enlevons, disent ces Messieurs, les cellules superficielles de l'épiderme jusqu'à ce que nous obtenions le piqueté sanguin qui nous montre que nous sommes arrivés à la surface absorbante. » Ce piqueté pouvait s'entendre de l'aspect que présente la couche de Malpighi mise à nu ; on y voit ramper de petits vaisseaux rouges ou bleuâtres, et l'on y remarque aussi des anses courtes de vaisseaux (formant une sorte de piqueté). Mais, un peu plus loin, ils ajoutent : « Nous laissons sécher ». Ceci est clair ; il y a écoulement de liquide sanguinolent.

Je critiquerai d'ailleurs le soin qu'ils prennent de laisser sécher ; il faut enlever le liquide, mais ne pas attendre la dessication ; c'est nuire à la faculté d'absorption.

Il y a un autre défaut à leur méthode, me semble-t-il ; les dimensions de leur plaque d'excoriation sont trop grandes. Ils ne précisent pas, à vrai dire, mais ils lui assignent quelques millimètres carrés. Je pense que 2 à 3 millimètres sont suffisants. On forme ainsi un plan aussi considérable, parallèlement à la surface, que les ponctions en faisaient perpendiculairement à cette même surface. Or, MM. Rafinesque et Raymond (2) ont remarqué que les piqûres à large surface paraissent suivies de plus belles pustules

(1) Cela condamne le taffetas boriqué que M. Hublé préconise.
(2) *Loc. cit.*, p. 172.

que les autres et c'est pourquoi ils ont admis le grattage comme procédé de choix, la surface d'absorption pouvant être aisément augmentée(1).

La surface d'absorption ne doit pas être trop accrue, parce que cet accroissement est le second facteur des accidents inflammatoires. Ceux-ci étant superflus, on doit les éviter. Une plaie simple guérit sans réaction ; mais il s'agit ici d'une plaie infectée.

En effectuant des plaques trop larges, on s'expose à la confluence des pustules, à leur développement démesuré L'événement l'a démontré, et ces Messieurs s'en plaignent. Seconde raison, par conséquent, pour conserver de petites dimensions aux surfaces grattées, et d'autant plus décisive que mes résultats sont là pour prouver que l'absorption est assurée avec 2 ou 3 millimètres carrés au maximum.

Et j'ajoute qu'il ne faut pas plus d'adresse ou de soin, qu'il ne faut donc pas plus de temps pour racler une minime surface avec régularité que pour dénuder un plus grand territoire. Or, cette question de temps est importante, surtout quand il s'agit de revaccination dans les écoles et à l'armée. En général, je ne dépasse point quatre à cinq secondes par plaque; mais il arrive que l'épiderme est rugueux ou qu'il fuie, pour ainsi parler, sous l'instrument; on perd vite quelques secondes alors.

Malgré les critiques dont le procédé de M. Rafinesque est passible, ses résultats ont été brillants, comparativement aux autres méthodes; tandis que les vaccinations par piqûre ne donnent que 17,5 p. 100 de succès, elles atteignent 50 p. 100 par grattage. Cette statistique est celle de MM. Rafinesque et Raymond ; il s'agit de revaccinations opérées sur des enfants de sept à treize ans, et au nombre

(1) *Loc. cit.*, p. 172.

desquels on comptait des enfants revaccinés peu de temps auparavant. Il est vrai que cette circonstance défavorable se rencontrait dans les deux séries et qu'elle ne doit être prise en considération qu'au point de vue absolu.

Je n'ai pas de statistique précise et basée sur des chiffres aussi nombreux que celle de ces Messieurs ; je laisse le soin d'en établir une à mes confrères militaires et à ceux qui sont attachés à des établissements d'instruction.

Il sera intéressant de rechercher si, avec une méthode perfectionnée, les conditions que l'on déclarait autrefois propices, conservent une influence appréciable ou non. *Longet* les énumère dans son article sur le vaccin. Je me permets d'y renvoyer pour le détail. Il parle, entre autres, des températures excessives, chaleur ou froid, comme contraires à l'évolution du bouton vaccinal. Sur l'évolution, soit! Mais sur l'éclosion, comme on le croit généralement, cela reste à démontrer. La sécheresse ou l'humidité de l'air, certains vents, un état électrique particulier, les variations brusques de la température ne doivent pas exercer une action sérieuse sur l'absorption et, partant, sur l'issue de l'affection ; tout au plus, sa marche en peut-elle être activée ou retardée ; mais cela est à revoir aussi. Pour ma part, je vaccine en toute saison, et je ne constate rien de notable dans les résultats relatifs. Au demeurant, je ne sais ce qui se passerait, si je pratiquais en une région moins tempérée. Malgré tout, j'entends dire constamment qu'il vaut mieux vacciner au printemps ; c'est devenu un préjugé, et un préjugé désagréable aux médecins très occupés, parce qu'on leur demande de vacciner des quantités d'enfants à la même époque. Cela est fâcheux également pour les instituts chargés de la multiplication du vaccin et de sa conservation. Cela entraîne enfin des retards dangereux dans la vaccination des petits enfants, les mères ayant déjà beaucoup de tendance à redouter les douleurs de l'opération. Il est vrai

que le supplice était réel quand on plongeait neuf à quinze fois la lancette dans chaque bras; et j'ai été témoin de scènes révoltantes dans les hospices où opéraient des élèves sages-femmes. Les petits bras étaient sanglants, gonflés et pitoyables après chaque vaccination (1). C'était plus qu'il n'en fallait pour légitimer les abstentions et... les croisades antivaccinales. Avec les scarifications, toute cette cruauté a disparu, ou à peu près. Mais c'est encore plus anodin quand on pratique le grattage épidermique. Il n'est plus question de douleurs ici; il y a quelquefois chatouillement agréable, rarement un chatouillement un peu vif, quelquefois rien du tout.

Espérons donc que les mères ne feront plus opposition et demanderont la vaccination, dans les trois mois après la naissance, pour leurs nourrissons bien portants, dans les deux semaines même, lorsque la variole règnera aux environs. Les expériences de Wolff (2) prouvent que les nouveau-nés ne sont pas réfractaires et qu'ils n'ont pas de fièvre vaccinale. Leur immunisation est réelle. On peut vacciner avec succès dès les premiers jours. Et cela est capital puisque, sur 5,578 individus morts de variole en 1876, on comptait 2,122 enfants âgés d'un an, c'est-à-dire non vaccinés selon toute probabilité; et cette statistique rapportée par Wolff ressemble à celle de tous les pays. La législation, en Prusse, recommandait de ne pas vacciner avant la fin du

(1) Séance plus horrible encore, huit jours après, pour chaque victime, on *reprenait* le vaccin! Les sages-femmes raclaient, raclaient sang et vaccin, plus de sang que de vaccin, et chargeaient d'ignobles plaques de ce mélange redoutable. Et les enfants pleuraient, criaient, se tordaient. Beaucoup de mères les imitaient naturellement. Surexcitées par ce bruit, par le sang, par le carnage, les sages-femmes couraient, opérant à la ronde. Quel tableau à faire! Et quelle musique!

(2) Société de médecine de Berlin, 27 mars 1889.

troisième mois après la naissance et permettait de laisser les enfants jusqu'à l'âge de deux ans sans les vacciner. J'ignore si la réglementation a changé depuis 1889. En Angleterre, tout enfant doit être vacciné avant l'âge de trois mois (1).

Un point sera encore intéressant à étudier dans une large statistique, c'est le nombre des pustules irrégulières, qu'on nomme faux vaccin, vaccinoïde, vaccinelle, vaccine bâtarde, etc. Elles sont, en réalité, de vraies pustules et prouvent l'efficacité de l'inoculation ; mais elles sont peut-être dues en partie au procédé d'insertion (un certain nombre d'entre elles proviennent de la détérioration, par les ongles ou les vêtements, de la vésicule en voie de formation). Les statistiques de MM. Rafinesque et Raymond montrent déjà l'influence de la méthode, puisque, par piqûres, il y a 28 vaccinelles sur 44 succès, et, par conséquent, 16 pustules normales seulement ; tandis que, par leur procédé, ils ont obtenu 41 vaccinelles sur 105 succès, et 64 pustules vraies ; en réduisant les chiffres à une moyenne uniforme, 63,63 p. 100 de vaccinelles par les piqûres et 39,04 p. 100 par le grattage, *presque deux fois moins*.

Quant à mes résultats, ils sont certainement plus satisfaisants encore ; mais je ne les ai pas notés régulièrement.

Je rappellerai seulement, en terminant et comme illustration, le cas dont j'ai parlé en 1892 et qui est concluant. Une demoiselle de seize ans n'avait jamais pu être vaccinée avec succès. Cet ennui n'était arrivé à aucune de ses sœurs. Or, j'ai vérifié sur elle ce que valent les procédés en eux-mêmes. Trois insertions furent pratiquées par ponction, trois par scarification et trois par grattage épidermique.

(1) Dans la province de Liège, il est prescrit, sous peine d'amende, de vacciner avant le septième mois, et, en temps d'épidémie, avant le onzième jour après la naissance.

L'effet resta nul par le premier procédé, incomplet (deux faux vaccins) par le second, et fut absolument typique par le troisième; celui-ci donna trois pustules normales.

HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

ONZIÈME LEÇON

Traitement des dyspepsies,

Traitement des troubles gastriques dus aux fermentations anormales dans l'estomac.

Par M. ALBERT ROBIN,
De l'Académie de médecine.

I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Les fermentations anormales de l'estomac ne constituent pas en réalité une espèce morbide définie; si je les étudie à part, c'est que les troubles qu'elles provoquent ont un aspect particulier et nécessitent une intervention thérapeutique spéciale; mais il faut bien savoir que les fermentations anormales se rencontrent au cours de toutes les dyspepsies, qu'il n'est pas de maladies gastriques qui ne les présentent à titre de complications, et que, par conséquent, le traitement de ces phénomènes doit logiquement accompagner le régime et la médication propres à toute dyspepsie et à toute gastrite. C'est pour ne pas me répéter à chaque instant que j'ai trouvé préférable de consacrer une leçon particulière aux fermentations vicieuses dans l'estomac.

Toutes les fois qu'il y a fermentation digestive anormale,

les conditions chimiques de la transformation des aliments se trouvent immédiatement modifiées d'une façon essentiellement variable, ce qui peut naturellement produire des effets très divers ; mais, malgré cette extrême variété des aspects, les phénomènes dominants sont dus à une cause unique, la fermentation anormale.

Ces fermentations peuvent causer au malade les troubles les plus douloureux, parmi lesquels le plus apparent et en même temps le plus pénible est certainement la flatulence. En outre, la présence dans l'estomac de substances anormales et surtout d'acides qui ne devraient pas s'y trouver, dans les conditions physiologiques, provoque également des phénomènes pathologiques d'ordre divers qui rendent la digestion toujours pénible et parfois même impossible.

II. — Conditions étiologiques.

Nous venons de voir que les fermentations anormales n'ont pas d'existence propre et qu'elles représentent toujours un élément pathologique surajouté à une autre affection. Ces fermentations commencent dès le début de la digestion stomacale, mais il est impossible de les séparer des fermentations vicieuses qui se produisent dans l'intestin une fois que le bol alimentaire y a pénétré, car celles-ci sont la suite régulière de celles-là. Il n'existe pas de trouble digestif gastrique qui n'ait de retentissement sur les fonctions intestinales. Les deux ordres de phénomènes s'observeront donc dans les cas de fermentations vicieuses.

Toute *dyspepsie*, qu'elle soit hypersthénique ou hyposthénique, peut s'accompagner de troubles de fermentation. On a voulu faire de ces phénomènes un signe particulier des dyspepsies par insuffisance ; c'est une grave erreur, attendu qu'au contraire, les fermentations anormales se

rencontrent peut-être plus souvent chez les hypersthéniques que chez les dyspeptiques par insuffisance. L'opinion primitive et classique se trouvait basée sur la supposition, toute théorique, que l'acide chlorhydrique jouait dans l'estomac le rôle d'un antiseptique; or, pour mon compte personnel, j'ai rencontré des troubles très marqués de fermentation vicieuse chez des malades hyperchlorhydriques, et le titre des acides de fermentation s'est élevé chez plusieurs d'entre eux jusqu'à plus de deux grammes. La recherche de l'acide sulfurique conjugué, dans l'urine, fournit une autre preuve de la fréquence des phénomènes de fermentation chez les hypersthéniques. On sait que l'acide sulfurique existe dans l'urine sous plusieurs formes : l'acide SO^4H^2 préformé, l'acide sulfurique conjugué et le soufre incomplètement oxydé; or, toutes les fois que des formations putrides se produisent dans l'intestin, c'est-à-dire chaque fois que des phénomènes fermentatifs anormaux ont lieu dans l'estomac, il y a fabrication de scatol, d'indol, de phénol ordinaire et de phénols divers; ces composés une fois entraînés dans la circulation se combinent avec l'acide sulfurique et passent dans l'urine à l'état de sels sulfo-conjugués; la recherche et le dosage de l'acide sulfurique conjugué est donc un excellent moyen de juger de l'importance des fermentations vicieuses.

Or, l'expérience m'a démontré que l'on trouve toujours une bien plus grande quantité de sulfo-conjugués dans les cas de dyspepsie hypersthénique que dans ceux d'hyposthénie gastrique. En conséquence, la première condition étiologique des fermentations anormales se trouve dans les diverses dyspepsies, de quelque nature qu'elles soient, mais surtout dans les formes hypersthéniques.

On les trouvera également toutes les fois où, pour une cause quelconque, les aliments séjourneront trop longtemps dans l'estomac, en dehors même de toute dyspepsie, par

exemple dans une indigestion accidentelle. Mais c'est là un cas rare, et le plus souvent la *stase* provient de la distension par spasme pylorique, de l'atonie ou de la dilatation vraie.

L'introduction dans l'estomac des *aliments métazymes* de Gubler (nous avons vu que ce sont les matières qui arrivent déjà en voie de fermentation ou qui portent en elles leur ferment, huîtres, fromages, gibier, etc.) sont aussi une cause fréquente de fermentations vicieuses chez les sujets dont le tube digestif n'est pas en bon état.

La *mauvaise mastication* est une autre cause, encore plus fréquente ; tout individu qui, soit à cause de ses mauvaises dents, soit en raison d'une mastication trop rapide, mâche mal ses aliments, introduit dans son estomac et dans son intestin des matériaux insuffisamment élaborés, qui présentent à la digestion une masse trop compacte pour être facilement pénétrée par les sucs digestifs, de sorte que l'on obtient ainsi le même résultat que par la stase; la digestion est lente et des fermentations anormales se produisent.

Dans les *gastrites chroniques*, l'estomac ne représente plus qu'un vase inerte où la digestion normale ne peut plus s'accomplir, puisqu'il n'y existe plus de sucs digestifs; il se fait donc plus facilement que dans tous les autres cas, des fermentations vicieuses.

Enfin, dans le *cancer*, qui s'accompagne toujours de gastrite chronique, les fermentations anormales sont également la règle. On a même voulu faire de la présence de l'acide lactique dans l'estomac un élément de diagnostic du cancer, mais c'est une erreur; certes, il y a presque toujours de l'acide lactique dans l'estomac d'un cancéreux, mais cela montre tout simplement que la digestion s'accomplit mal et le même fait se retrouve dans toutes les affections que nous venons de passer en revue ; on ne peut donc en faire un élément sérieux de diagnostic.

III. — Chimie pathologique.

L'acide normal de l'estomac est l'acide chlorhydrique; en cas de fermentations anormales, la digestion s'opère en présence d'acides de production pathologique qui sont l'acide acétique, l'acide butyrique et l'acide lactique. Ce dernier est celui que l'on rencontre le plus fréquemment.

L'*acide acétique* se produit surtout du fait de l'alcool, et on le trouve le plus souvent chez les grands buveurs de liqueurs et même chez les buveurs de vin. N'oublions pas que l'alcoolisme n'implique pas absolument l'ivrognerie et que l'on peut rencontrer l'intolérance gastrique à l'alcool, avec les caractères digestifs de cette maladie, chez des malades qui de leur vie n'ont été dans le moindre état d'ébriété.

L'*acide butyrique* se trouve principalement chez les sujets qui sont au régime lacté. Il suffit alors de supprimer la cause pour voir disparaître les troubles de fermentation ; de ce fait, il faut retenir que le lait n'est pas, comme on le pense, le meilleur aliment de tous les dyspeptiques, quels qu'ils soient. Comme exemple des accidents causés par l'emploi abusif du régime lacté, je ne saurais mieux faire que de citer un cas qui s'est rencontré dernièrement dans mon service. Il s'agissait d'une jeune fille qui avait avalé par erreur un verre de solution de sublimé : naturellement la malade avait présenté tous les signes de la gastrite aiguë, aussi l'avait-on mise au régime lacté exclusif, et cette médication avait été continuée par prudence. Elle manifestait au moment de son entrée dans notre service des signes de fermentation butyrique intense, attribuée aux phénomènes de l'empoisonnement. Or, il a suffi de supprimer le lait pour voir aussitôt disparaître les symptômes gastriques : c'est

qu'il s'agissait tout simplement d'une fermentation vicieuse due au maintien intempestif du régime lacté.

Dans certains cas, cependant, on peut, en dehors du régime lacté, rencontrer dans l'estomac de l'acide butyrique, dans les distensions et dilatations par exemple, lorsque la digestion s'opère lentement, et dans ce cas, les éructations du malade sont odorantes.

C'est l'*acide lactique* qui se rencontre presque toujours dans les digestions anormales, si souvent même que longtemps les physiologistes ont été en désaccord au sujet de l'acide libre du suc gastrique, et il n'y a pas encore longtemps que l'on sait d'une manière certaine que c'est l'acide chlorhydrique qui constitue l'acide normal de l'estomac. C'est que le pain, les féculents, le sucre et le lait qui sont tous des aliments usuels, absorbés pour ainsi dire à chaque repas, sont capables de fournir des éléments faciles à la fermentation lactique, particulièrement chez des sujets dont l'estomac est fatigué et paresseux.

Quelle est l'origine chimique de l'acide lactique trouvé dans l'estomac? On peut d'abord mettre en avant les ferments figurés qui existent en si grande quantité dans le premier organe digestif, mais il semble que l'on doive admettre aussi la théorie qui résulte des expériences de Nencki. Celui-ci suppose que la majeure partie de l'acide lactique provient d'un phénomène purement chimique et l'attribue au dédoublement du sucre. Le glucose a pour formule :

$$C^6H^{12}O^6$$

et celle de l'acide lactique est :

$$C^3H^6O^3$$

on voit donc que deux molécules de celui-ci peuvent être

formées par le simple dédoublement d'une seule molécule de glucose, suivant l'équation :

$$C^6H^{12}O^6 = 2(C^3H^6O^3)$$

En vase clos, cette opération s'effectue assez facilement en présence d'humidité et en milieu alcalin; or, ce sont justement là les conditions présentées par l'estomac des gens atteints de gastrite chronique et même des hypersthéniques quand on les traite par les alcalins à haute dose, ou par les sujets qui ont absorbé une grande quantité de salive.

J'ai dit que les malades chez lesquels la digestion s'opérait d'une façon anormale présentaient de la flatulence; nous verrons tout à l'heure que ce phénomène est un de ceux qui gênent le plus les patients. Cette production de gaz doit-elle être attribuée à la fermentation? L'analyse peut permettre de répondre à cette question. Ewald, qui a étudié ce sujet, donne les résultats suivants pour la composition des gaz d'éructation :

CO^2	20cc,57
H	20cc,00
CH^4	10cc,75
O	6cc,25
Az	41cc,38

D'après ces chiffres et la qualité des gaz reconnus, on serait en droit de supposer qu'une partie au moins provient bien de la fermentation et que le reste doit venir de la déglutition d'une certaine quantité d'air, ingéré au moment où l'éructation va se produire. Mais il faut tenir le plus grand compte du moment où l'analyse est faite. M. Bardet, qui a publié, sur ce sujet encore mal connu, en 1894, une communication à la Société de médecine pratique, et qui

prépare en ce moment un travail plus documenté, a fait remarquer que lorsque les éructations se manifestent immédiatement après le repas, il était impossible d'accuser les fermentations, d'autant plus que souvent la quantité de gaz est véritablement prodigieuse. Dans ce cas, il est à supposer qu'il s'agit, comme le dit l'auteur, d'une véritable exhalation gastrique. C'est-à-dire que sous le coup de l'irritation, l'estomac perd sa contractilité et qu'alors ses parois musculaires, cessant d'agir par compression sur les capillaires, il se produit dans l'estomac une exosmose gazeuse et que les éructations sont constituées par les gaz du sang. Cette théorie est confirmée par les résultats des analyses pratiquées par M. Bardet, qui a trouvé les chiffres suivants :

CO^2...........	40 à 60 cent. cubes.
O.............	20 à 15 —
Az............	30 à 25 —

Il s'agit ici des produits d'éructation d'hypersthéniques, immédiatement après l'ingestion d'une petite quantité d'aliments ; la plus grande partie du gaz était absorbée par la potasse, et le reste, pour M. Bardet, provient : 1° d'un excès d'oxygène du sang, et 2° de la plus ou moins grande quantité d'air ingurgité par le sujet au moment où il veut se débarrasser des gaz qui encombrent son estomac, car il faut se souvenir que l'éructation chez les flatulents est toujours précédée de l'ingestion d'une petite quantité d'air qui sert à ouvrir la porte aux gaz.

IV. — Symptomes

Aussitôt après le repas, le malade est pris d'une sensation de pesanteur et de somnolence parfois invincible et

suivie d'un sommeil lourd qui dure une ou deux heures; dans tous les cas, même si le sommeil ne se déclare pas, il y a toujours une inaptitude absolue pour le travail ou pour l'action. Les vêtements gênent et il faut les desserrer complètement, l'estomac est visiblement gonflé avec sonorité et tympanisme. Bientôt se déclare la flatulence, parfois immédiate, il s'agit alors d'hyposthéniques; d'autres fois, vers les deux heures après le repas, si le phénomène a lieu chez des hypersthéniques; cette flatulence, à moins qu'il ne s'agisse de fermentation butyrique ou putride, est toujours complètement inodore.

Si le malade est hypersthénique, il se produit, avec les éructations, une régurgitation fortement acide, et au contraire, chez les gastritiques ou chez les dyspeptiques par insuffisance, ces régurgitations sont moins acides ou neutres et sans saveur. Quelle que soit la nature de la dyspepsie, il s'agit là, non pas de vomissements, mais bien d'un véritable phénomène de myrycisme, d'une véritable rumination, car les malades n'éprouvent pas de nausées et on en voit qui peuvent ainsi rejeter leur repas la cigarette à la bouche et presque sans malaise.

Mais, peu à peu, l'état du malade devient réellement pénible. Vers les 4 heures après le repas, du pyrosis se déclare; c'est l'instant où les acides de fermentation viennent irriter la muqueuse, la sensation provoquée par l'acide lactique étant beaucoup plus pénible que celle qui est déterminée par l'acide chlorhydrique. A ce moment se produit une crise parfois extraordinaire de flatulence, de véritables explosions ont lieu, et le phénomène prend chez certains malades des proportions vraiment fantastiques. Dans le travail cité plus haut, M. Bardet, qui a mesuré les quantités rendues par un sujet qui avait pu être dressé à recueillir les gaz éructés, a pu avancer que chaque éructation pouvait représenter parfois près d'un litre et que si l'on prend une

moyenne, il est permis de supposer, en comptant le nombre des éructations effectuées au cours d'une digestion anormale, que, dans certains cas assez fréquents, le malade peut arriver à rejeter ainsi de 200 à 400 litres de gaz. Ce sont là des chiffres considérables et l'on peut en déduire sans insister, combien cet état de flatulence peut arriver à constituer un véritable supplice pour ceux qui en sont atteints.

Ces grandes crises de fermentation vicieuse sont toujours suivies d'une réaction inflammatoire de l'estomac, qui chez certains malades et particulièrement dans l'hypersthénie permanente et chez les hyposthéniques prend la forme d'un embarras gastrique intense. Si les crises, moins fortes, sont régulières, il se produit de l'embarras gastrique chronique avec fétidité de l'haleine, et le sujet présente une langue blanche et aplatie.

Il va sans dire que ces crises gastriques exercent un retentissement sur l'intestin, qui lui aussi participe aux fermentations vicieuses ; celles-ci se manifestent par du tympanisme avec borborygmes. On observe en outre chez ces malades des alternatives de constipation et de diarrhée.

Je me suis attardé à la description des crises dues aux fermentations vicieuses de l'estomac, mais c'est là un sujet encore mal connu, et pour l'établissement du régime et de la médication appropriée, il était nécessaire de bien définir les troubles qu'il s'agit de combattre. La prochaine leçon sera donc consacrée au traitement.

SÉROTHÉRAPIE

De la scarlatine à l'hôpital Trousseau durant l'année 1895
De la sérothérapie dans la scarlatine.

(Emploi du sérum de Marmorek).

RÉSULTATS STATISTIQUES

Par le Dr Albert Josias,
Médecin de l'hôpital Trousseau,
Membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

Nous vivons à une époque où les réformes hospitalières sont nombreuses et parfois heureuses. L'une des plus importantes a été, sans contredit, l'isolement des contagieux dans les hôpitaux d'enfants. Cet isolement, tout imparfait qu'il soit, a réalisé un énorme progrès sur l'état ancien, sur un passé plein de préjugés et d'erreurs ! Nous avons tous vécu de ce passé; nous frémissons encore au souvenir du temps, si près de nous, où les enfants atteints de diphtérie, de rougeole, de scarlatine, de coqueluche, de varicelle, de fièvre typhoïde, de tuberculose, de broncho-pneumonie, etc., etc., étaient tous confondus dans la même salle, échangeant leurs maladies, au point que ceux qui guérissaient de celle dont ils étaient atteints au moment de leur entrée succombaient pour la plupart à une autre affection contractée à l'hôpital.

Il existe aujourd'hui dans nos hôpitaux d'enfants des pavillons d'isolement, dont chacun est réservé à une catégorie spéciale de contagieux; la diphtérie, la scarlatine, la rougeole, la coqueluche, l'érysipèle, etc., ont ainsi des locaux qui leur sont spécialement affectés; malheureusement, l'aménagement de ces locaux laisse beaucoup à désirer. Personnellement, nous souhaiterions un isolement plus rigoureux, une chambre ou un box pour chaque enfant malade, surtout

pour les enfants qui présentent une complication au cours de leur maladie. Nous souhaiterions également que, sous prétexte d'isolement, l'on ne réalisât pas, comme on le fait chaque jour, l'encombrement, l'entassement des malades dans des locaux insuffisants : à l'appui de mon dire, j'invoquerai ce que j'ai vu à l'hôpital Trousseau, dans mon propre service. L'année dernière, je fus chargé du pavillon Davenne, lequel était destiné aux enfants atteints de la scarlatine. Ce pavillon comportait deux salles, l'une pour les garçons, l'autre pour les filles. Chacune de ces salles ne devait renfermer que 12 lits. Par conséquent, le pavillon de la scarlatine était agencé pour 24 enfants.

Comme la scarlatine est une maladie de plus en plus fréquente, il en est résulté que ce pavillon ne tarda pas à contenir un nombre d'enfants bien supérieur à celui prévu par le règlement. Ce nombre, tant en lits qu'en brancards, s'éleva en moyenne à 45; bien plus, à un certain moment de l'année, il a atteint le chiffre excessif de 92! J'avais donc raison d'opposer à cette réforme hospitalière, excellente en principe et réclamée par tout le monde, l'insuffisance des moyens mis en œuvre pour sa réalisation!

Quoi qu'il en soit, des pavillons d'isolement sont affectés aux principales maladies contagieuses des enfants. Chaque pavillon d'isolement est dirigé par le même chef de service, durant une année entière; chacun des chefs de service peut donc ainsi suivre ses malades, étudier à loisir la valeur des diverses méthodes de traitement et recueillir des documents scientifiques et statistiques d'une réelle importance.

Ce sont ces documents que je viens, en partie, communiquer à la Société de thérapeutique : ils résument ce que nous avons observé à l'hôpital Trousseau, durant l'année 1895, dans le pavillon de la scarlatine. Avant de poursuivre ce travail, je me fais un devoir de remercier mon interne, M. Fernand Chauvel, pour sa collaboration intelligente et dévouée.

Statistique globale. — J'établirai tout d'abord la statistique générale de mon service :

Du 1er janvier 1895 au 31 décembre 1895, 577 malades sont entrés dans mon service : parmi ces malades, 14 n'avaient pas la scarlatine mais, l'un d'eux l'a contractée ultérieurement, ce qui ne surprendra personne.

A la date du 1er janvier 1895, 29 enfants se trouvaient dans nos salles.

A la date du 1er janvier 1896, 51 enfants restaient en traitement.

Les enfants peuvent quitter le pavillon : soit guéris, soit décédés, soit en passant dans un autre service.

422 enfants sont sortis guéris.

35 enfants (23 garçons et 12 filles) sont décédés.

98 enfants ont été envoyés dans des services divers :

22 dans les salles de médecine ou de chirurgie;

18 au pavillon des douteux, parce qu'ils étaient atteints de coqueluche ou de varicelle;

5 au pavillon des douteux diphtéritiques;

20 au pavillon de la diphtérie;

33 au pavillon de la rougeole.

Si nous comparons nos résultats statistiques de l'année 1895 avec ceux des années précédentes, nous obtenons les chiffres suivants, relevés sur les registres de l'hôpital. Dans ces chiffres, ne sont pas compris les malades passés dans d'autres services.

En 1895,	457 sorties,	dont	35 décès,	soit	7.61	0/0	de mortalité.
En 1894,	319	—	—	25	—	—	7.83	—	—
En 1893,	241	—	—	27	—	—	11.20	—	—
En 1892,	239	—	—	25	—	—	10.08	—	—

Sur les 577 enfants entrés au pavillon de la scarlatine, 510 observations ont été relevées avec soin (276 garçons et 234 filles) : le petit écart, qui existe entre ces deux chiffres, tient à ce que le service a été un peu négligé pendant les vacances (août et septembre).

Nos 510 observations nous permettent d'insister sur une série de détails qui concernent la symptomatologie, les complications et le traitement de cette maladie.

Angine scarlatineuse. — Nous commencerons par les angines, que nous diviserons en : angines rouges, c'est-à-dire sans exsudat, au nombre de 196, et en angines blanches, c'est-à-dire avec exsudat, au nombre de 228.

L'angine n'a pas été mentionnée dans les 86 autres observations, parce que les enfants étaient entrés à une date éloignée du début de leur maladie.

L'examen bactériologique, après culture sur sérum gélatinisé, a été pratiqué dans 158 cas et a donné les résultats suivants :

Le streptocoque seul a été observé 27 fois, soit 17,08 0/0.

Le streptocoque et le staphylocoque blanc, 43 fois, soit 27,21 0/0.

Le streptocoque associé aux staphylocoques blanc et doré, 14 fois, soit 8,85 0/0.

Le staphylocoque blanc seul, 10 fois.

Le staphylocoque doré seul, 3 fois.

Le streptocoque associé au pneumocoque, 1 fois.

L'association du streptocoque au bacille de Klebs-Löffler a été observée dans les proportions suivantes :

Bacille court....................	21 fois
Bacille moyen...	13 —
Bacille long..............	1 —
Bacille court et moyen............	12 —
Bacille moyen et long.......	1 —

Le bacille de Klebs-Löffler a été trouvé seul 12 fois, et dans les conditions qui suivent :

Bacille court......................	2 fois
Bacille moyen......................	1 —
Bacille long.....................	1 —
Bacille court et moyen............	8 —

En résumé, le streptoceque, seul ou associé à des cecci divers, se rencontre presque constamment : 84,17 0/0.

Le bacillo de Klebs-Löffler, seul ou assecié, a été constaté dans 60 cas sur 158 examens bactériolegiques, soit 11,76 0/0. Ce chiffre élevé tient à ce que les bacilles courts sent comptés dans le pourcentage, bion qu'ils ne permettent pas toujours de concluro à l'existenco do la diphtérie. Do plus, au mois do juillet, nous avons eu une petite épidémie do diphtérie dans notre pavillon de la scarlatine.

Si nous ne teniens aucun compto des bacilles courts, notre peurcentage tomberait à 7,25 0/0. La diphtérie a été précoco ou a précédé la scarlatine dans 26 cas; elle a été tardive dans 12 cas.

20 onfants, attoints de la diphtérie, ont reçu du sérum de Roux, avant ou pendant leur scarlatine ; 6 sont morts, mais, dans un cas, la mert a été nettement la conséquence do la scarlatine.

11 enfants, qui n'avaient pas la diphtérie, ont reçu à tort du sérum do Roux, dès leur entrée à l'hôpital : 3 sont morts; ils ont succombé à des accidents urémiques. Loin do nous la pensée d'incriminer, en quoi que ce soit, lo sérum antitoxique, car nous sommes absolument partisan de son omplei, dans tous les cas où la diphtério est reconnue; nous n'avons pas cru pouvoir passer sous silence ces faits que neus censidérons comme le résultat d'une simple coïncidence. Néanmoins, nous estimons qu'il est prudent do ne pas trop se hâter de faire des injections de sérum, ainsi que cela a eu lieu à l'hôpital ; il vaut beaucoup mieux attendre que lo diagnostic seit cenfirmé par l'examen bactériologique, toutes les fois que lo diagnostic clinique est douteux et que l'urgence d'une intervention hâtive ne s'impose pas.

On peut admettre, en effet, avec M. Sevestre (communication à la Société médicale des hôpitaux), que le sérum de Roux n'a pas toujours une influence heureuse dans les affections où le streptecoque demine, seit qu'il exalte la virulence

de ce microbe, soit qu'il diminue la résistance du terrain. A cet égard, nous ne pouvons faire que des conjectures, car la question est loin d'être élucidée.

Complications diverses. — Les otites ont été observées dans 53 cas : simples, 41 fois, doubles, 12 fois .... soit 10.39 0/0

Les adénopathies ont été observées dans 57 cas .... — 11.17 0/0

Nous ne faisons pas allusion aux adénites cervicales et sous-maxillaires, qui existent d'une façon constante chez les enfants lymphatiques, atteints d'une angine scarlatineuse bénigne. Nous avons en vue les tuméfactions sous-maxillaires notables, qui dépendent de l'angine elle-même et qui constituent une infection secondaire.

Les suppurations, que nous supposions plus communes, sont relativement rares. Nous n'avons observé, en effet, que 13 bubons suppurés .... — 2.54 0/0

Sur ces 13 bubons, 4, dont un gangréneux, existaient au moment où les enfants sont entrés à l'hôpital.

Nous avons relevé, en outre : 7 cas d'abcès multiples, parmi lesquels nous trouvons : 3 infections furonculeuses et 4 abcès dus à des injections de sérum de Marmorek ; ces quatre derniers étaient dus au streptocoque (abcès à streptocoque) .... — 1,37 0/0

1 panaris, 1 abcès de la cuisse, 1 mastoïdite suppurée avec trépanation .... — 0,19 0/0

1 parotidite 0.19 0/0

2 abcès de la marge de l'anus 0.39 0/0

1 arthrite purulente (le pus de cette arthrite était stérile) 0.19 0/0

4 amygdalites phlegmoneuses.................. 0.78 0/0
11 conjonctivites purulentes, parmi lesquelles 7 à gonocoques.. 2.15 0/0
1 cas d'orgelet............................ ... 0.19 0/0
48 vulvites....... .... 9.41 0/0

Sur ces 48 vulvites, 35 furent examinées bactériologiquement; le pus contenait des gonocoques. Quatre de ces vulvites se compliquèrent de péritonisme. Au mois de mai, nous avons eu une véritable épidémie de vulvites dans le service. Afin de l'enrayer, nous avons dû adopter un ensemble de mesures prophylactiques des plus sévères : l'isolement des enfants contaminés; l'attribution, pour chaque enfant, d'un vase de nuit, d'un thermomètre, d'une cuvette; une propreté excessive, exigée du personnel secondaire, etc., etc.

Nous avons également relevé dans nos observations :

18 lymphangites locales;

10 éruptions toxiques polymorphes;

31 cas d'urticaire.

Ces diverses complications (lymphangites et éruptions polymorphes) sont consécutives aux injections de sérum de Marmorek. Les éruptions ortiées s'observaient communément avec le sérum provenant du mouton.

2 cas de pleurésie purulente................. soit 0.38 0/0

Le pus renfermait des streptocoques. L'opération de l'empyème fut pratiquée avec succès dans ces deux cas.

10 cas de coryza avec impétigo des narines, jetage mucopurlent...................................... soit 1.96 0/0
8 cas de stomatite ulcéreuse.............. — 1.56 0/0
1 cas de noma.............................. — 0.19 0/0
10 cas de diarrhée verte.................... — 1.96 0/0
1 cas de pleurésie sèche.................. — 0,19 0/0
29 cas de bronchites ou de congestion pulmonaire, parmi lesquels 17 sont survenus à la suite de l'incendie du Pavillon Davenne........... — 5.68 0/0

4 cas de pneumonie	—	0.78 0/0
1 cas de pneumothorax tuberculeux	—	0.19 0/0
1 hémoptysie chez un tuberculeux	—	0.19 0/0
1 péricardite sèche	—	0.19 0/0
4 cas d'endocardite mitrale, constatés le jour même de l'entrée des malades dans le service.	—	0.78 0/0
12 cas de rhumatisme scarlatin	—	2.35 0/0
8 cas de purpura	—	1.56 0/0

Albuminuries. — Nous avons noté 83 cas d'albuminurie	—	16.27 0/0
Ces albuminuries ont été légères ou passagères ... 49 fois.	—	9.60 0/0
Ces albuminuries ont été prolongées... 20 fois.	—	3,92 0/0
— — graves....... 14 — .	—	2.74 0/0

L'anasarque a été observé 7 fois.

Outre la diphtérie, sur laquelle nous avons déjà insisté, nous relevons un certain nombre de maladies intercurrentes :

21 cas de rougeole	soit	6.07 0/0
6 cas de varicelle	—	1.17 0/0
2 cas de fièvre typhoïde	—	0.38 0/0
Evisagées au point de vue de la mortalité, nos 510 observations accusent 34 décès, 12 chez les filles et 22 chez les garçons	—	6.66 0/0

Sur ces 34 décès, 27 sont dus à la scarlatine ou à ses complications; ces 27 décès se subdivisent en 15 occasionnés par la forme adynamique, 7 résultant de complications urémiques, et 5 de complications bronchiques ou pulmonaires. Les 7 autres décès doivent être attribués à une maladie intercurrente indépendante de la scarlatine, contrôlée par l'autopsie, savoir :

Fièvre typhoïde	1 cas.
Diphtérie	5 —
Pneumonie caséeuse, avec pneumothorax.	1 —

En conséquence, si nous nous en tenons strictement aux

27 décès, causés par la scarlatine, à l'exclusion de ces 7 cas qui relèvent de maladies intercurrentes, nous constatons que la mortalité générale de la scarlatine tombe à 5.36 0/0.

Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine vient de publier la statistique des cas de scarlatine, signalés dans Paris et la banlieue durant l'année 1895. Nous en détachons les chiffres suivants :

Pour Paris : 3,281 cas, 154 décès, soit 4.69 0/0 de mortalité.

Pour la banlieue (Saint-Denis et Sceaux) : 746 cas, 45 décès, soit 6.03 0/0.

Statistique globale : 4,027 cas, 199 décès, soit 4.94 0/0.

Le simple rapprochement de ces deux chiffres, 4.94 0/0 pour le département de la Seine et 5.36 0/0 pour l'hôpital Trousseau, montre que la mortalité par la scarlatine ne varie guère, qu'il s'agisse de la ville ou de l'hôpital.

Traitements divers. — Cela dit, nous passerons rapidement en revue les différents traitements que nous avons employés, et nous établirons comparativement les résultats qui semblent devoir leur être attribués.

D'une façon générale, notre thérapeutique a été symptomatique. Nous nous préoccupions surtout de l'angine scarlatineuse, dans le but de prévenir les infections secondaires, suppurées ou non. A cet effet, nous répétions fréquemment les grands lavages de la bouche et de la gorge avec une solution d'acide borique à 3 0/0; de plus, nous faisions pratiquer, sur la gorge de nos petits malades, des badigeonnages avec un collutoire à la glycérine et à la résorcine au 1/10e ou au 1/20e, suivant la gravité de l'angine. En outre, les yeux, les oreilles, le nez, les organes génitaux externes chez les petites filles étaient nettoyés tous les jours avec de l'eau bouillie ou avec une solution d'acide borique à 3 0/0. Comme traitement général, nous insistions sur le régime lacté prolongé et sur la médication tonique, lorsque la fièvre se maintenait très élevée. Nous prescrivions, en outre, quelques boissons rafraichissantes ou diurétiques; et, lorsque les

reins fonctionnaient d'une façon insuffisante (albuminurie, diminution de la quantité des urines), nous recommandions la pose de ventouses sèches sur la région lombaire, l'administration de lavements froids, et nous insistions sur l'emploi de la teinture de scille, de la teinture de digitale, de l'acétate d'ammoniaque, etc., etc.

En un mot, tous nos efforts ont porté sur ce que nous pouvons appeler le traitement hygiénique de nos petits malades, nous souciant surtout d'antiseptiser la surface cutanée, les orifices muqueux et de relever leur état général.

Sérothérapie de la scarlatine. — Nous abordons maintenant le côté le plus intéressant de notre communication, c'est-à-dire nos essais de sérothérapie appliquée à la scarlatine.

Il serait superflu de rappeler les merveilleux résultats que la méthode nouvelle a donnés dans le traitement de la diphtérie; ils s'expliquent, parce que dans la diphtérie nous connaissons bien l'agent pathogène, sa toxine et son antitoxine.

Dans la scarlatine, au contraire, nous ne connaissons pas l'agent pathogène ; mais, que la maladie soit simple ou compliquée, elle s'accompagne presque toujours de lésions dues au streptocoque; or, nous possédons, grâce à Marmorek, un sérum antistreptococcique, parfaitement défini et dont l'efficacité est basée sur des faits expérimentaux indiscutables.

Il nous a semblé rationnel de tenter l'emploi de ce sérum dans la scarlatine, de même que dans toute autre maladie infectieuse, où le streptocoque semble jouer un rôle prépondérant.

Nos essais sérothérapiques comprennent deux périodes.

Première période. — Tout d'abord, nous nous sommes servi du sérum de mouton, que nous a procuré M. Nocard : 49 enfants ont ainsi reçu, durant les mois d'avril et de mai, une dose égale de cinq centimètres cubes de sérum. Cette injection, pratiquée au niveau des régions iliaques, n'a jamais

donné lieu à un accident local; toutefois, nous avons observé presque constamment, dans les deux ou trois jours qui suivaient l'injection, une éruption d'urticaire fugace, sans aucune importance. Cette éruption était tantôt localisée, tantôt généralisée.

Deuxième période. — Plus tard, nous avons utilisé du sérum de cheval beaucoup plus actif que le premier. Les injections ont été pratiquées, durant les mois d'octobre, de novembre et de décembre par MM. Marmorek, Chauvel, interne du service, et par moi. Chaque enfant, atteint de la scarlatine, recevait, dès son entrée, une injection de dix centimètres cubes de sérum, d'un pouvoir préventif de 1/30,000°. Ces injections étaient répétées suivant la persistance de la fièvre, de l'exsudat de la gorge ou de l'albuminurie.

96 enfants, ainsi traités, ont reçu 2132 centimètres cubes de sérum, soit une moyenne de 22 centimètres cubes. Quelques enfants n'ont reçu que 10 centimètres cubes; l'un d'eux a reçu jusqu'à 90 centimètres cubes.

Accidents sériques. — Consécutivement aux injections, nous avons observé :

4 abcès à streptocoque, développés sur le lieu même de l'injection ;

18 lymphangites à forme érysipélateuse et accompagnées fréquemment d'une température élevée ;

10 éruptions polymorphes, sans aucune gravité ;

7 cas de purpura.

En regard de ces accidents heureusement peu graves, nous ne pouvons guère inscrire à l'actif du sérum que de bien faibles bénéfices :

Les angines à exsudat semblent s'améliorer plus rapidement ; chez tous les enfants traités, les adénopathies se sont résorbées sans suppurer; mais, il faut bien reconnaître que c'est la règle très générale, même chez les enfants qui n'ont pas reçu de sérum.

Par eontre, le sérum n'a paru avoir aueuno action favorable sur les albuminuries, sur l'évolution de la maladie, sur la marche de la température : la courbe thermique classique de la searlatine n'a été modifiée à aueun moment, même dans les quelques heures qui suivaient l'injection ; de nombreux traeés établis heure par heuro pendant douzo heures consécutives aprés ehaque injection le prouvont surabondamment. Enfin, les complieations ordinaires de la scarlatine nous ont semblé aussi fréquentes et aussi graves.

Le tableau ci-contro montro comparativement toutes les complications qui se sont produites sur nos 510 malades, avant et pendant le traitement par les injections du sérum antistreptoeoccique.

En étudiant attentivement les résultats consignés dans ee tableau, nous remarquons, sans nous arrêter de nouveau aux avantages et aux ineonvénients dos divers traitemonts, que la mortalité paraît plus élevée dans la série où le sérum de cheval a été employé; mais, il importe de faire observer que, sur les 7 morts de cette série, 2 ont été causées indubitablement par la diphtérie, ce qui abaisse le chiffre de la mortalité à 5.31 0/0. De même, pour la série où le sérum de mouton a été employé, l'un des deux décès est dû à la fièvre typhoïde. Enfin, la série qui n'a comporté aueune sérothérapie aecuse 25 décès; or, 3 de ees décès doivent être attribués à la diphtérie; un 4e est eonséeutif à une pneumonie caséeuse avec pneumothorax; le ehiffre de la mortalité tombe à 5.81 0/0.

La mortalité, dans ces trois séries, donne done les résutats suivants :

Pas do sérothérapie.........	5.81 0/0.
Injeetion de sérum de mouton	2.08 0/0.
Injeetion do sérum de cheval..	5.31 0/0.

Je dois ajouter quo los observations de nos malades qui ont reçu du sérum do eheval n'ont pu être entièrement eomplétées, car, au 1er janvier 1896, j'ai dû quitter le service do

Complications de la scarlatine

RÉSULTATS COMPARATIFS

COMPLICATIONS.	PAS DE SÉROTHÉRAPIE		SÉROTHÉRAPIE DE MARMOREK — Sérum de mouton		SÉROTHÉRAPIE DE MARMOREK — Sérum de cheval	
	365 cas.	0/0	49 cas.	0/0	96 cas.	0/0
Otites	38	10,41	7	14,28	8	6,25
Adénopathies	26	7,12	5	10,20	21	21,87
Bubons suppurés	13	3,56	»		»	
Abcès multiples	2	0,54	»		4 dus au sérum. 4,16 4 ind. du sérum. 3,12	
Mastoïdite suppurée	1	0,28	»		»	
Parotidite	»		1	2,04	»	
Abcès de l'anus	2	0,54	»		»	
Arthrite purulente	1	0,28	»		»	
Amygdalite phlegmoneuse	2	0,54	1	2,04	»	
Conjonctivite purulente	5	1,36	5	10,20	1	1,04
Orgelet, tourniole	1	0,28	»		»	
Vulvites	31	8,49	15	30,61	2	2,08
Péritonisme	»		4	8,16	»	
Lymphangites locales	»		»		18	18.75
Éruptions polymorphes	»		»		10	10,41
Urticaire	3	0,82	23	46,94	5	5,20
Pleurésie purulente	1	0,28	1	2,04	»	
Coryza	5	1,36	3	6,12	2	2,08
Stomatite	2	0,54	2	4,08	2	2,08
Noma	»		1	2,04	»	
Diarrhée verte	10	2,77	»		»	
Pleurésie sèche	»		1	2,04	»	
Congestion pulmonaire	12	3,28	4	8,16	13	13,52
Pneumonie	2	0,54	1	2,04	1	1,04
Pneumothorax tuberculeux	1	0,28	»		»	
Hémoptysies	2	0,54	»		»	
Péricardite	»		1	2.04	»	
Endocardite	4	1,09	»		»	
Rhumatisme	8	2,18	1	2,04	3	3,12
Purpura	1	0,28	»		7	7,28
Albuminuries légères	17	4,65	8	16,32	24	25
— prolongées	6	1,62	3	6,12	11	11,44
— graves	9	2,46	2	4,08	3	3,12
Anasarque	5	1,36	1	2,04	»	
Mortalité globale	25	6,84	2	4,08	7	7,29
Mortalité par scarlatine pure ou compliquée	21 sur 361 = 5,81		1 sur 48 = 2,08		5 sur 94 = 5,31	

la scarlatine ; à cette époque, 45 enfants, ayant reçu du sérum, restaient en traitement et pouvaient être ainsi classés :

9 étaient en pleine période d'état (aucun d'eux n'a succombé) ;

1 se trouvait dans une situation alarmante (il a guéri ultérieurement) ;

35 étaient arrivés à la période de desquamation et ne présentaient aucune complication (tous ont guéri).

Pour résumer ce que nous venons de dire, nous devons reconnaître que la sérothérapie, telle que nous l'avons pratiquée et dans les conditions spéciales où nous nous sommes placé, ne nous a pas donné tous les bons résultats que nous en espérions.

A coup sûr, la mortalité a été moindre chez les enfants auxquels on a fait des injections de sérum antistreptococcique; la différence est surtout notable pour ceux qui ont reçu du sérum de mouton ; elle est presque nulle pour ceux qui ont reçu du sérum de cheval ; or, chose bizarre, l'activité du sérum de mouton était de beaucoup inférieure à celle du sérum de cheval, en sorte qu'on est tenté d'attribuer les bons résultats obtenus à une série heureuse bien plutôt qu'au sérum lui-même. D'autre part, si l'on songe que les injections de sérum ont provoqué un certain nombre d'accidents locaux et généraux : érythèmes polymorphes, purpura, lymphangites, abcès au niveau de la piqûre, etc..., accidents passagers et peu graves en somme, mais plus ou moins gênants et douloureux, on jugera sans doute que la faible diminution du chiffre de la mortalité compense à peine les inconvénients résultant de ces accidents.

En toute sincérité, nous croyons que la comparaison des résultats obtenus plaiderait plutôt en faveur du traitement ancien : régime lacté prolongé, lavages antiseptiques des cavités et notamment de la gorge, hygiène individuelle aussi parfaite que possible. Ce traitement appliqué dès le début de la maladie, alors que l'intoxication fait à peu près complè-

tement défaut, donne d'excellents résultats; il permet de sauvor presque tous les malades; au contraire, quand les enfants sont amenés tardivement à l'hôpital, vers le huitième ou dixième jour de la maladie, l'intoxication existe déjà plus ou moins complète, et tous les traitements, la sérothérapie comme les autres, aboutissent à des insuccès. Déjà nous avons montré que le sérum de Marmorek no modifie en rien l'évolution de la scarlatine ni la marche de la température; l'examen de notre tableau prouve également que, s'il parait exercer une action favorablo sur la résolution des adénopathies non suppurées, il est sans influence sur les diverses suppurations qui so produisent au cours de la maladio.

Pour toutes ces raisons, nous pensons que les injections de sérum antistreptococcique, dans le traitement de la scarlatine ou de ses complications, ne présentent, à l'heure actuelle, aucun avantage réel permettant d'en recommander l'emploi.

Il est bien difficile de comprendre pourquoi les complications streptococciques de la scarlatine semblent échapper si complètement à l'action du sérum do Marmorek que l'expérience a montré si morvoilleusement efficace contre la plupart des affections streptococciques. Une très curieuse observation du Dr Méry (Société de biologie, 18 avril 1896) permet d'en donner une explication, sinon certaine, au moins possible : M. Méry a pu récemment étudier un streptocoque sur lequel le sérum de Marmorek est absolument sans action ; or, ce streptocoque provenait du sang d'un enfant scarlatineux. Si l'on songe que, déjà, les travaux du laboratoire de Nocard nous ont appris qu'il existe, chez le cheval, deux maladies infectieuses streptococciennes, dont l'une, la *gourme*, est absolument réfractaire à l'action du sérum de Marmorek, tandis que l'autre, l'*anasarque*, est en quelque sorte jugulée par l'injection d'une dose minime de ce sérum (1), on est in-

(1) Lignières *Bulletin de la Société centrale vétérinaire*, 1895, page 587 et 1896, page 174.

vinciblement porté à croire que les complications strepto-cocciques de la scarlatine sont dues à un streptocoque spécial, tout à fait différent du streptocoque de l'érysipèle, et contre lequel le sérum de Marmorek est impuissant. — L'avenir, un avenir prochain, nous dira ce que cette induction a de fondé.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Sur le traitement de l'obstruction intestinale (B. Naunyn, *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie*, B. I., Lief. I.). — L'auteur s'élève contre cette rage opératoire que l'on constate chez un grand nombre de chirurgiens. Sans doute, il y a beaucoup de cas d'obstruction intestinale où l'intervention chirurgicale est utile et nécessaire, mais de là à opérer tous les cas sans choix aucun — la différence est encore grande. Les résultats brillants obtenus par les chirurgiens sont incontestables, — mais parfois on les constate après n'importe quel traitement. C'est ainsi, par exemple, que Borstetter lui a communiqué l'histoire de 3 malades, chez lesquels les symptômes très graves d'obstruction intestinale ont disparu comme par enchantement après l'administration d'une cuillerée à bouche de mercure métallique, ce remède si simple et si vieux. Il faut donc être très circonspect et ne se prononcer sur la valeur d'un traitement qu'après un grand nombre de cas, et non, comme le font beaucoup de chirurgiens, déjà après l'avoir pratiqué une ou deux fois seulement.

S'appuyant sur son expérience personnelle et prenant en considération les faits consignés dans la littérature médicale, l'auteur formule comme suit le traitement de l'obstruction intestinale :

A. *Intervention chirurgieale.*

1° Plus tôt est pratiquée l'opération, mieux seront les résultats obtenus. Aussi fera-t-on bien d'opérer dès le premier ou le deuxième jour de l'affection ; l'opération n'est-elle pratiquée que le 3e jour, les guérisons diminuent de moitié (de 70 0/0 à 34 0/0), ainsi que le démontre le tableau suivant dans lequel sont rapportés les résultats obtenus dans 288 laparotomies pour obstruction intestinale :

	QUEL JOUR L'OPÉRATION A-T-ELLE ÉTÉ PRATIQUÉE ?												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9-10	11-12	13-15	16-20	Plus tard
Nombre des opérés	3	21	35	28	34	24	14	43	20	11	9	7	39
Guérisons	2	16	12	12	15	8	8	11	6	6	3	3	15
Morts	1	5	23	16	19	16	6	32	14	5	6	4	24
0/0 des guérisons	67	77	34	43	44	36	50	26	30	57	33	43	38

Ce qui donne en tout sur 288 cas 117 (41 0/0) guérisons et 171 (59 0/0) morts.

2° Doivent être mis à part tous les cas d'obstruction intestinale chez des sujets qui étaient ou sont atteints de hernie (crurale, inguinale, ombilicale), même, quand elle n'est pas étranglée; ces cas sont justiciables, dès le début, de l'intervention chirurgicale qui donne des résultats superbes (72 0/0 de guérisons).

3° Le diagnostic symptomatique de l'obstruction demande un examen très attentif. Le plus souvent on a affaire à une constipation simple qui parfois se transforme en occlusion, comme, par exemple, on cas de néoplasmes intestinaux et de demi-torsion de l'S iliaque. Mais la constipation simple ne donne naissance à l'occlusion intestinale complète que dans des cas très rares et, à part l'hystérie, il y a toujours émission de quelques gaz. De plus, la constipation simple n'est jamais accompagnée

d'indicanurie notable. D'autre part, on rencontre des cas d'occlusion incontestable où les gaz sont tout de même émis ; on prendra alors en considération les vomissements fécaloïdes, l'état général du malade et les mouvements vermiculaires de l'intestin au-dessus du point rétréci. En règle générale, l'auteur ne croit permis le diagnostic ferme d'iléus que dans les cas où la nature spécialo de la constipation est attestée par les vomissements fécaloïdes et la présence d'autres symptômes caractéristiques, ou l'existence d'une affection primitive du côté de l'intestin. Enfin, il ne faut pas perdre de vue que même la constipation simple peut finir par amener une occlusion compléte, par exemple, en cas d'affections médullaires, et en général chez les sujets atteints de maladies graves.

4° Quant aux péritonites primitives avec occlusion intestinale consécutive, ces cas présentent un diagnostic assez facile qu'on peut établir presque toujours; dès que les symptômes plaident en faveur d'une péritonite primitive, c'est elle et non l'occlusion qui doit régler la conduite du praticien.

5° *a*) La cause de l'occlusion est-elle donnée par le rétrécissement chronique de l'intestin — dans la plupart des cas il est possible d'asseoir fermement ce diagnostic, — il n'y a alors aucune raison de hâter l'opération.

5° *b*) Le siège de l'occlusion n'est diagnostiqué avec certitude que dans un petit nombre de cas, malgré l'importance que présente ce diagnostic. Le siège est facilement reconnu seulement en cas de rétrécissement du duodénum, de la partie supérieure de l'intestin grêle, de l'S iliaque et de la portion descendante du côlon transverse.

5° *c*) L'étranglement intestinal — dont le diagnostic ne présente pas de difficultés insurmontables dans un grand nombre de cas — exige une intervention opératoire immédiate.

6° Parmi les affections de l'intestin qui peuvent donner naissance à l'occlusion, le plus facilement et le plus sûremont diagnosticables sont : *a*) les calculs biliaires : l'opération

dans ces cas ne serait indiquée qu'exceptionnellement; *b*) la torsion de l'S iliaque : on peut sans danger aucun différer l'opération l'occlusion dans ce cas ne provoquant pas de phénomènes bien graves; et *c*) l'invagination : c'est la chirurgie seule qui peut alors apporter quelque secours.

B. Quant au *traitement non opératoire*, presque tous les auteurs sont unanimes à déclarer que :

1° Il faut éviter à tout prix l'usage interne des purgatifs dès que l'on a affaire à une occlusion intestinale sûrement diagnostiquée;

2° Les meilleurs résultats sont obtenus avec de grands lavements d'eau simple et d'huile (200-500 centimètres cubes d'huile); les vomissements fécaloïdes ne se sont-ils pas encore déclarés, on peut se contenter d'un lavement purgatif doux (20 grammes d'extrait obtenu de 15 grammes de séné) ou d'un lavement à la glycérine (5-10 centimètres cubes de glycérine pure). Les grands lavements seront faits à l'aide d'un tube (à parois rigides) muni à son extrémité d'un entonnoir; le tube sera introduit par l'anus jusqu'à 15-20 centimètres et l'on versera par l'entonnoir jusqu'à 3 litres d'eau. Ce procédé ne présente aucun danger pour le malade;

3° On prendra garde de ne pas trop abuser de l'opium; la résorption variant, en cas d'obstruction, considérablement d'un sujet à l'autre, on doit toujours redouter l'accumulation de l'opium dans l'organisme, d'où danger constant d'intoxication;

4° Le lavage de l'estomac est indiqué toutes les fois où l'on se trouve en présence des vomissements fécaloïdes et d'un estomac distendu par son contenu. Parfois on peut pratiquer un lavage de l'estomac même en l'absence de vomissements fécaloïdes. Les lavages de l'estomac sont quelquefois suivis de résultats étonnants;

5° Sous aucun prétexte le malade ne recevra des aliments ou des liquides en grande quantité : la soif sera combattue par de petits lavements (à 100 centimètres cubes d'eau) fréquents;

quant à l'alimentation, elle sera réduite au minimum : on prescrira surtout des substances amylacées d'une digestion facile, par exemple, la farine de Nestlé ;

6° La ponction des anses intestinales distendues provoque souvent la péritonite : aussi aura-t-on soin de ne pas la pratiquer. Enfin :

7° L'auteur a essayé à plusieurs reprises à introduire la main dans le rectum, après anesthésie générale préalable : cette manœuvre, tout en ne donnant aucun résultat, a eu pour suite une paralysie douloureuse du sphincter anal de longue durée. Aussi la déconseille-t-il énergiquement. (*Vratch*, 1896, n° 9, p. 250 et 251.)

Médecine générale

Traitement de l'iodisme par l'extrait de belladone. (Aubert, *Gaz. hebd.*, 26 mars 1896.) — L'auteur a eu l'idée d'essayer empiriquement la belladone contre les inconvénients de l'iodure, se basant sur l'action de cette plante ou de son alcaloïde, l'atropine, sur les sécrétions.

Le procédé est des plus simples. Si on ordonne l'iodure à un malade qui, antérieurement, a présenté de l'intolérance, on ajoute d'emblée l'atropine ; si le malade prend l'iodure pour la première fois, pas d'atropine ; y a-t-il de l'intolérance consécutive, la belladone (2 à 6 centigrammes) ou l'atropine (1/2 à 1 milligramme) est ordonnée. C'est donc un traitement plutôt symptomatique que systématique.

Considérations sur l'administration de l'arsenic. (Ch. Vinay, *Lyon médical*, 12 avril 1896). — L'arsenic peut être administré par les voies gastriques, sous-cutanées et rectales. Par la voie gastrique, le traitement ne peut être continué longtemps sans produire de l'ardeur épigastrique, du dégoût, de l'anorexie.

Les injections sous-cutanées déterminent des accidents locaux, malgré toutes les précautions d'asepsie possibles.

La liqueur de Fowler, comme toutes les solutions arsenicales, s'infecte avec une grande facilité. L'injection rectale est préférable. Il ne faut jamais dépasser la dose de cinq grammes par injection.

L'auteur formule le mélange suivant :

Eau distillée	56 grammes.
Liqueur de Fowler..................	4 —

En commençant, on injecte cinq grammes du mélange matin et soir, puis, au bout de quatre jours de traitement, on fait trois injections matin, midi et soir. On fait alors absorber un gramme de liqueur de Fowler, soit un centigramme d'acide arsénieux, dose faible qu'on peut continuer longtemps sans provoquer d'épreinte ou de tenesme rectal.

La seule contre-indication, c'est la diarrhée qui pourrait peut-être persister, si on continuait l'emploi des injections arsenicales.

Traitement du prurit anal. (Brocq, *Journ. des prat.*, 21 mars 1896). — Il faut commencer par instituer la médication locale suivante toutes les fois qu'il y aura complication d'eczéma :

Soins de propreté, lotions à l'eau de camomille boriquée ou à la décoction de baies de myrtille, additionnées ou non d'eau blanche ou de coaltar sapopiné, savonnages au savon de goudron quand l'inflammation des téguments n'est pas trop forte, pommades au goudron ou à l'huile de cade dans les cas ordinaires, à l'oxyde de zinc salicylé quand la peau est très irritable, et surtout les poudres inertes, talc, oxyde de zinc, carbonate de bismuth, etc., qui suffisent d'ordinaire à améliorer et peu à peu à faire disparaître les lésions cutanées.

Contre le prurit anal pur, il faut prescrire :

Régime alimentaire sévère ; éviter les surmenages de tout ordre ; régulariser les garde-robes et n'aller au cabinet

qu'après avoir enduit l'anus et le pourtour de l'anus de vaseline pure ou de cold-cream frais; lotionner matin et soir les points douloureux avec de la décoction de feuilles de coca aussi chaude qu'il est possible de la supporter, additionnée d'une solution glycérinée d'acide phénique. Tenir l'anus constamment poudré d'un mélange de poudre de talc et d'oxyde de zinc. Tous les trois jours, badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent au 20e. En cas de grandes crises, prendre au dîner et le soir en se couchant un cachet de 50 centigrammes d'antipyrine. Prendre des douches sédatives, ou faire de l'électricité statique.

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Traitement de la bronchite diffuse des enfants par la balnéation chaude (Renault, *Ac. de Méd.*, 24 mars 1896). — La balnéation chaude systématique constitue un moyen thérapeutique simple et inoffensif qui peut éviter sûrement la capillarisation de la bronchite diffuse de l'enfant.

Elle consiste à donner à l'enfant un bain à 38°, d'une durée de 7 à 8 minutes, toutes les trois heures quand la température rectale atteint 39°.

Plus ou moins rapidement, parfois après le troisième ou quatrième bain, la fièvre tombe et ne revient plus, et la bronchite diffuse rétrograde à l'état de bronchite légère.

D'autres fois, la lutte se prolonge pendant quatre ou cinq jours, durant lesquels il faut baigner l'enfant toutes les trois heures, jour et nuit. Le seul adjuvant employé a été régulièrement le sulfate de quinine, qui agit comme tonique général. La balnéation chaude est aussi la méthode de choix dans la bronchite capillaire. On donne le bain dès que la température monte et on en donne un second si, une heure après le premier, la température demeure élevée, et ainsi de suite. On poursuit de la sorte la fièvre. Le bain est, dans ce cas,

ramené à 35° ou 34°, mais jamais il n'est donné froid. Dès que la haute poussée fébrile biquotidienne a cessé d'exister pour faire place à une fièvre subcontinue, la partie peut être considérée comme gagnée.

Des injections d'huile stérilisée au gaïacol iodoformé dans la tuberculose pulmonaire (Dr Breton, *Journ. des prat.*, 29 février 1896). — L'auteur a employé ce traitement dans 13 cas de tuberculose.

Les injections, à la dose de 1, 3 à 4 centimètres cubes, étaient faites tous les 8 ou 10 jours sous la peau de l'abdomen et des flancs avec une seringue de Straus.

Le seul inconvénient est une sensation douloureuse de brûlure persistant de 20 à 35 minutes, exceptionnellement 2 à 3 jours.

Les injections sont contre-indiquées au moment des poussées congestives, quand les malades offrent des signes d'intolérance ou de saturation momentanée et aux phases d'albuminurie.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

1° Atténuation, puis disparition des douleurs thoraciques et des points de côté ;

2° Amendement de l'essoufflement et de la dyspnée ;

3° La toux devient moins fréquente et moins pénible ; la toux nocturne a paru surtout le plus heureusement influencée ;

4° Modification favorable de l'expectoration sans diminution cependant du nombre des bacilles dans les crachats ;

5° L'appétit semble renaître, le malade s'alimente plus volontiers ;

6° L'état général se relève et les sueurs sont moins abondantes ;

7° L'auscultation n'a marqué de progrès réel sur les signes stéthoscopiques locaux que chez deux malades.

En résumé, c'est une excellente médication palliative amenant un soulagement efficace aux malades.

Goutte et rhumatisme.

De l'amygdophénine, un nouveau remède contre le rhumatisme (R. Stüvet, *Centralblatt für innere Medicin*, Magdeburg, 16 novembre 1895, n° 46, p. 1113-1114). — L'effet thérapeutique de l'amygdophénine a été étudié : 1° comme antirhumatismal sur vingt malades. En quatre à six jours, les douleurs et la fièvre disparurent ; amélioration dès le premier jour ; 2° comme antipyrétique. Sur des phtisiques fiévreux, avec une dose de 1 gramme, la température s'abaissa dans les trois heures de 2° dans certains cas, de 1/2 à 1° dans d'autres ; 3° comme antinévralgique. Dans un grand nombre de maux de tête, etc., elle a donné de bons résultats.

Dosage. — Doses de 1 gramme une ou plusieurs fois par jour jusqu'à 6 grammes, en poudre ou tablettes comprimées. Pas d'effets fâcheux ultérieurs ou concomitants. Avec 4 grammes par jour pendant plusieurs semaines, pas d'accident. Pas de troubles dans les organes digestifs, pas d'albuminurie, d'hématurie après son emploi.

Traitement de la goutte articulaire aiguë (P. Jaccoud, *Sem. méd.*, 15 janv. 1896). — Dans l'attaque de goutte aiguë franche, au début, on se contente de provoquer la diurèse en faisant prendre par jour un litre ou 1 litre 1/2 d'eau d'Evian ou de Vittel avec 0,50 à 0,60 centigrammes de benzoate de lithine. Si cela est insuffisant, on ordonne la décoction de chiendent additionnée de 100 grammes de sirop des cinq racines et de 2 grammes d'acétate de potasse par litre. Sur les jointures, embrocations avec un mélange de baume tranquille et de laudanum à parties égales et enveloppement ouaté. Au cinquième jour, si les douleurs sont atténuées et la fièvre en décroissance, on donne simplement du lait. Si les symptômes douloureux et fébriles persistent, on ordonne les pilules suivantes :

Bibromhydrate de quinine	0gr,10
Poudre de digitale	0gr,05

pour une pilule. Le malade en prend 4, 5, 6 par vingt-quatre heures, suivant l'intensité de la crise.

L'auteur conseille aussi le salicylate de soude à la dose de 2 grammes par jour, à la condition qu'il n'y ait pas d'albumine dans les urines; on le donne de préférence aux pilules précédentes si les douleurs sont vives.

Dans l'attaque subaiguë de longue durée, il faut recourir au colchique soit sous forme de pilule, teinture ou vin de colchique.

Pilules de Becquerel renfermant chacune :

Sulfate de quinine	0gr,15
Extrait de digitale	0gr,02
Semences de colchique	0gr,05

A prendre à la dose de deux ou trois pilules au plus par jour. Pilules de Deberit renfermant chacune :

Sulfate de quinine	0gr,10
Poudre de digitale	0gr,05
Extrait de semences de colchique	0gr,10

Prendre une de ces pilules par vingt-quatre heures.

Le professeur Jaccoud n'emploie pas les autres préparations de colchique; mais la teinture de colchique, 10 à 20 gouttes par jour; le vin de bulbes de colchique, 10 à 20 grammes pas jour, sont de bonnos préparations. Pour l'attaquo de goutte à reprises, même traitemont que pour la crise subaiguë.

Lorsqu'il existe de la goutte viscérale sans phénomènes articulaires, on attendra vingt-quatre heures et on donnera d'emblée le colchique; on fera un appel du côté des jointures par les vésicatoires, ordinaire si le rein est sain, à l'ammoniaque dans le cas contraire.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Intervention chirurgicale dans un cas d'acné hypertrophique du nez (J. Wodon, *Press. Méd. belge*, 2 fév. 1896). — Dans un cas d'acné hypertrophique considérable du nez, la pointe, le lobule, les ailes de l'organe, ainsi que sa surface étant envahies par des masses contournées diversement, irrégulièrement, présentant l'aspect d'appendices difformes, pendants, J. Wodon intervint chirurgicalement. Toutes ces masses furent enlevées au bistouri et les surfaces cruentées touchées au thermo-cauthère : le malade guérit rapidement sans récidive.

Les sections furent faites par tranches, le plus profondément possible et la cautérisation énergique arrêta non seulement les hémorrhagies toujours abondantes dans cette opération, mais amena une rétraction cicatricielle qui diminue encore le volume anormal du nez. Pendant les jours qui suivent l'opération, il faut surveiller attentivement la chute des escarres qui amène souvent des hémorrhagies qui peuvent être mortelles.

Indications et contre-indications du traitement chirurgical de la surdité et des bourdonnements. (Dr Moure, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 mars 1896). — Si, dit l'auteur, la question des interventions chirurgicales sur le tympan et sur la caisse est résolue pour les inflammations suppuratives aiguës ou chroniques de cette région, si l'on est autorisé et même si l'on doit ne pas hésiter à agir activement dans ces régions pour guérir une otorrhée rebelle aux traitements médicaux par les injections, instillations, poudres, etc., on doit, au contraire, jusqu'à nouvel ordre être très réservé pour les interventions dont le seul but est d'améliorer la surdité progressive des scléreux ou des personnes atteintes d'otites chroniques sèches avec arthrite ou ankylose de l'étrier.

Dans l'état actuel de la science otologique, il est impossible

d'affirmer à un malade opérable que l'ablation des osselets, y compris l'étrier, améliorera définitivement son audition et que, dans tous les cas, son affection ne sera pas aggravée par le fait même de l'intervention surtout si cette dernière porte sur la fenêtre ovale.

Il est bon d'ajouter que cette observation ne s'applique point aux synéchies ou ankyloses cicatricielles qui sont au contraire, justiciables des tentatives opératoires les plus variées.

De la pharyngotomie trans-hyoïdienne. (Vallas, *Prov. méd.*, janvier 1896). — C'est un nouveau procédé opératoire pour aborder facilement la région inférieure du pharynx. Le manuel opératoire est des plus simples et comprend les temps suivants :

1° Incision verticale sur la ligne médiane de huit à dix centimètres, dont le milieu répond au corps de l'os hyoïde ;

2° Ostéotomie de l'os hyoïde et section médiane au-dessus et au-dessous des muscles qui s'y insèrent ;

3° Incision toujours verticale et médiane de la membrane thyro-hyoïdienne.

Dans les deux cas opérés par l'auteur, on put, dans l'un, épithélioma du sillon glosso-épiglottique étendu à toute la face antérieure de l'épiglotte et à la muqueuse de la langue, extirper aprés trachéotomie préventive, l'épiglotte et les parties malades de la muqueuse linguale ; dans l'autre, goitre aberrant inclus dans l'épaisseur de la langue, l'opération permit d'enucléer en totalité cette tumeur congénitale.

Maladies du système nerveux.

Traitement de la migraine ophtalmoplégique (G. Ballet, *Méd. mod.*, 4 mars 1896). — Le Dr Gilbert Ballet, dans une étude clinique faite à l'hopital Saint-Antoine sur la migraine ophtalmoplégique, signale le traitement par la médication bromurée, conseillée par Charcot, qui en avait obtenu

d'excellents résultats dans le traitement de la migraine ophtalmique.

C'est un des moyens les moins infidèles pour lutter contre le retour des crises et en éloigner la réapparition.

L'iodure de potassium dans les cas de troubles paralytiques persistant dans l'intervalle des accès et semblant indiquer le développement des lésions permanentes.

Enfin, à la suite d'une crise, lorsque la paralysie tarde à se dissiper, l'électrisation des muscles intéressés peut en hâter la disparition.

Traitement de certaines céphalées rebelles par le calomel (Dr Galliard, *Ac. de Méd.*, 25 fév. 1896). — L'auteur a eu recours à l'empirisme pour traiter avec succès certaines céphalées rebelles à pathogénie ignorée, caractérisées, comme la céphalée persistante des neurasthéniques par : 1° leur continuité ; 2° la résistance aux médicaments dits analgésiques, et d'une façon générale, aux médications usitées.

L'auteur a réussi à guérir cette céphalée chez un certain nombre de malades, par le calomel.

Il prescrit chez l'adulte six doses de calomel de 10 centigrammes pour six jours.

Chacune de ces doses est prise le matin à jeun. On surveillera la bouche au point de vue de la stomatite et on préviendra qu'il y aura, le troisième ou le quatrième jour, des coliques et de la diarrhée.

Les écarts de régime et les refroidissements sont à éviter. Si la première cure de six jours ne donne pas un résultat suffisant, l'auteur en conseille une seconde après quelques semaines d'intervalle.

Si la seconde cure échoue, il est inutile d'insister davantage.

L'Administrateur-Gérant: O. DOIN.

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 138.5.96



THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du méat hypogastrique chez les prostatiques,

Par le Dr Bazy,
Chirurgien de l'hôpital Tenon.

J'ai eu dernièrement à faire à la Société de chirurgie un rapport sur des observations envoyées par M. Mougeot fils (de Chaumont); j'en ai profité pour reprendre à nouveau cette question du méat hypogastrique que j'ai traitée ici même (15 février 1895), la compléter sur quelques points en ajoutant de nouveaux faits à l'appui de la thèse que j'ai soutenue ici et répondre aux affirmations des partisans quand même de l'opération dite « cystostomie sus-pubienne » mieux dénommée « méat hypogastrique ».

C'est du reste sous ce titre de « cystostomie sus-pubienne » que le Dr Mougeot fils (de Chaumont) nous a envoyé l'observation d'un confrère, âgé de 70 ans, qui, pris en mars 1894 de rétention d'urine, fut sondé, dans le département de la Nièvre. Le cathétérisme fut accompagné d'une hémorrhagie abondante.

Il faut croire qu'il avait gardé de cette opération un mauvais souvenir, puisque, six mois après, malgré une rétention absolue et des accidents généraux très graves, il refusait à nouveau de se laisser sonder.

Son état s'aggravant, et peut-être sa volonté s'affaiblissant, il se laisse faire, mais la sonde ne peut pénétrer dans la vessie.

C'est alors que le Dr Mougeot est appelé. L'état est excessivement grave. Affaiblissement extrême, état sub-comateux

pouls petit, rapide ; jambes violettes et marbrées, langue sale, région rénale droite douloureuse à la pression ; la vessie remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

M. Mougeot renouvelle les tentatives de cathétérisme ; elles restent infructueuses. L'obstacle paraît siéger dans le prostate.

C'est alors que, à cause de la gravité de l'état général et malgré cette gravité, M. Mougeot, repoussant l'idée d'une ponction simple, décide l'ouverture de la vessie.

Le malade est trop faible pour supporter le chloroforme que, du reste, il refuse.

Injection de 3 grammes de solution de cocaïne à 1/100e. Seule la piqûre de l'aiguille est vivement sentie.

L'opération, dit M. Mougeot, n'est remarquable que par son extrême simplicité. Incision de 4 centimètres.

La vessie, ouverte, laisse échapper une urine infecte ; les bords de l'incision vésicale sont suturés à la peau par cinq points de suture.

A ce moment, le malade a une garde-robe ; il tombe brusquement dans un état de prostration extrême qui se change en agonie, et il meurt dans la soirée, malgré des piqûres d'éther et une injection de 150 grammes de sérum artificiel et de caféine.

M. Mougeot fait suivre son observation des réflexions suivantes :

« Quelle part notre opération doit-elle revendiquer dans ce dénouement ? Combien de gravité a-t-elle de plus que la ponction ? Une incision de 4 centimètres, pas de douleur, pas de sang, aucune manœuvre violente. Il faut l'avoir pratiquée pour savoir combien elle est simple.

« Deux facteurs ont pu seuls intervenir pour augmenter la dépression profonde dans laquelle tombait notre malade : 1° les 3 centigrammes de cocaïne, et, dans une solution à 1/100e, leur action générale doit être bien faible, mais sur-

tout : 2° la déplétion brusque de la vessie qui peut avoir fait baisser la pression artérielle déjà si insuffisante. »

Il termine en disant que la mort a été la conséquence d'un empoisonnement que l'opération n'a pu conjurer à temps... et que des circonstances identiques le trouveraient disposé à intervenir de la même façon.

Evidemment, cette observation, quelque intérêt qu'elle présente, ne peut apporter aucun élément dans un débat sur le *drainage* de la vessie, drainage par les voies naturelles ou cathétérisme, opposé au drainage par une voie artificielle ou taille.

Quand je dis qu'il n'apporte aucun élément, je me trompe ; il en apporte un, important, mais déjà ancien : c'est la *très grande facilité* de l'opération ; j'y reviendrai.

M. Mougeot intitule son observation cystostomie, suivant en cela l'exemple de nombreux chirurgiens. Je ferai observer que le terme est impropre, car on ne doit pas appeler du nom de bouche un orifice qui sert non à l'ingestion, mais bien à l'expulsion : on ne dit pas bouche iliaque, mais bien anus iliaque ; ce mot de cystostomie n'a même pas l'avantage de la brièveté, puisque, même à ce point de vue, il peut avantageusement être remplacé par le mot *méat.*

Aussi me suis-je toujours servi de ce mot et continuerai-je à m'en servir.

Dans mon premier travail, j'avais essayé de classer les indications du méat hypogastrique et j'avais divisé ces indications en : 1° indications communes à tous les urinaires, qu'ils soient vésicaux, rétrécis ou prostatiques ; 2° indications spéciales aux prostatiques.

Je conserve cette classification, parce que celles qui ont été proposées ne me paraissent pas répondre aux réalités de la clinique ; de plus, elle a été adoptée par MM. Guyon

et Michon dans un travail *sur la sonde à demeure*, paru dans les *Annales des maladies des voies urinaires* (1).

I. — Les indications communes à tous les urinaires sont : 1° la douleur ; 2° l'hémorrhagie ; 3° l'infection.

1° La douleur : je n'insisterai pas longtemps sur ce symptôme qui est un des facteurs les plus importants de nos décisions, quelle que soit, du reste, la région malade ; mais il faut distinguer la douleur tenant à l'état de la vessie de celle qui est liée au cathétérisme.

Celle qui est liée à l'état de la vessie sera souvent justiciable de l'ouverture sus-pubienne, et je l'ai montrée dès 1882, à propos des tumeurs de la vessie ; celle qui est liée au cathétérisme pourra être avantageusement modifiée par la sonde à demeure ou tel autre moyen de pratiquer le cathétérisme : les indications du méat hypogastrique seront, dans ce dernier cas, absolument exceptionnelles.

2° J'avais donné l'hémorrhagie comme l'une des indications de la taille hypogastrique — je ne dis plus du méat — la taille étant ici l'acte préliminaire de l'hémostase, et souvent même le seul acte qui assure l'hémostase.

Par hémorrhagie, j'entends une perte de sang sérieuse, inquiétante, menaçante.

J'ai eu occasion, depuis mon dernier travail, d'en observer trois cas chez des prostatiques qui se sondaient.

Deux se sondaient avec des sondes en caoutchouc, très simplement, sans effort, l'un depuis quatre ans ; chez l'autre, la rétention et l'hémorrhagie avaient été deux

(1) F. Guyon et Ed. Michon, Contribution à l'étude de la sonde à demeure (*Ann. des mal. des org. gén. urinaires*, mai 1895, p. 385 et suiv.).

actes simultanés et les premières manifestations sérieuses de l'hypertrophie prostatique.

L'autre se sondait avec des sondes en gomme.

C'est un vieillard de 84 ans, M. de C..., autrefois lithotritié à deux reprises par M. Guyen, que j'ai opéré une première fois il y a deux ans et qui m'est revenu au mois de septembre avec une récidive.

Je l'ai lithotritié ; les suites ont été parfaites. Dix jours après l'opération, il a été pris d'hémorrhagie qui ne paraissait pas liée à un vice dans le cathétérisme. Tout d'abord, je n'y ai pas attaché d'importance, ni lui non plus, parce qu'il lui arrivait souvent de se faire saigner en se sondant; mais nous avons dû bientôt faire attention aux saignements. Sonde à demeure, injections chaudes, injections d'antipyrine, de tannin, rien n'y faisait. Un jour, les caillots s'étaient accumulés dans la vessie, si gros et si volumineux, que j'ai dû, pour les évacuer, mettre la sonde métallique n° 26 et faire l'aspiration avec la seringue.

Quand j'avais vu la tournure que prenait l'hémorrhagie, j'avais prévenu la famille de la nécessité où je serais de faire la taille, et je n'avais reculé que devant l'âge du malade, car je considère toujours cette opération comme grave chez les vieillards ; s'il eût été plus jeune, je l'aurais certainement taillé. En attendant, je le surveillais, prêt à intervenir au moment opportun. Je n'ai pas à regretter mon abstention ; car, malgré l'anémie très grande qui est résultée de cette hémorrhagie, il a guéri et a pu repartir pour Lille, cinq semaines après le début de cette hémorrhagie grave qui avait duré cinq jours.

La sonde à demeure, avec les injections d'antipyrine, a suffi chez le premier des deux autres malades.

Quant au troisième, j'ai dû lui faire la taille.

Je résumerai simplement cette dernière observation pour la reprendre ultérieurement à un autre point de vue.

Il s'agit d'un homme de 62 ans, auprès duquel je fus appelé le 2 août dernier. Il me raconte qu'il a été pris de rétention une quinzaine de jours auparavant. Un médecin appelé le sonde avec une sonde en caoutchouc rouge et lui retire une grande quantité d'urine sanglante. Cette hémorrhagie continue, peu abondante il est vrai, mais très appréciable pendant une huitaine de jours. Elle affaiblit notablement le malade.

Le malade continue à être sondé trois fois par jour avec la sonde en caoutchouc.

Quand je le vois, son état était très bon, et je ne peux que l'engager à continuer des cathétérismes aseptiques et répétés trois fois par jour avec lavage de la vessie.

Mais dès le lendemain l'hématurie se reproduit, très légère; elle augmente le soir, paraît-il; on met la sonde à demeure.

Le lendemain, c'était un dimanche, je n'étais pas à Paris; on ne me prévint pas: l'hémorrhagie continue; des caillots remplissent la vessie. On est obligé de les faire sortir par aspiration: on fait des irrigations chaudes, on injecte une solution d'antipyrine, du nitrate d'argent à 1/1000e; rien n'y fait. Le lendemain, je vois le malade et le trouve très affaibli. Je continue la médication et annonce que si, dès le lendemain, l'hémorrhagie n'est pas arrêtée, il faudra faire la taille: cette hémorrhagie me paraît si abondante, si rebelle, que je pratique à nouveau le toucher rectal pour voir s'il ne s'agirait pas d'un néoplasme vésical, au lieu d'une hypertrophie simple que j'avais constatée dès le premier examen.

Or, en portant mon doigt profondément et en dépassant par en haut des limites de la prostate, j'eus la sensation d'une tumeur un peu ferme, non adhérente à la paroi inférieure de la vessie et faisant une saillie notable dans son intérieur.

C'était, comme nous le vîmes dans l'opération, la prostate faisant saillie dans l'intérieur de la vessie, ou peut-être un caillot volumineux que nous trouvâmes dans le bas-fond.

Quoi qu'il en soit, le lendemain, l'hémorrhagie continuant,

je fis la taille avec le concours de mon ami le Dr Marquézy et de mes internes Chaillous et Claisse.

La vessie ouverte suivant la technique que j'applique et que j'ai exposée ici même (1894, p. 250-258), je trouve un gros caillot noir rougeâtre, ferme, occupant le bas-fond vésical; je trouve aussi une tumeur, mais elle était constituée par la prostate formant un énorme bourrelet *circulaire* dans l'intérieur de la vessie. On aurait dit un énorme col utérin avec un orifice transversal, largement ouvert et comme déchiqueté; la vessie était saine, à peine un peu injectée : pas de néoplasme, cela va sans dire. Je cherche la source de l'hémorrhagie, et sur le côté gauche de la prostate dont le tissu est mou, quoique élastique, comme s'il s'agissait d'une tumeur érectile un peu tendue, je vois un léger suintement sanguin; en frottant légèrement à ce niveau, on voit immédiatement un petit jet de sang artériel se diriger dans l'intérieur de la cavité vésicale. Je cautérise ce point à plusieurs reprises : je détruis au fer rouge la plus grande partie de la prostate, je tamponne la vessie et, après avoir mis une sonde à demeure en gomme, je suture la vessie et mets un tube dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Les suites furent simples, mais la suture vésicale se désunit et il resta une fistule qui s'est rouverte à deux reprises depuis ce moment et qui est actuellement fermée. Le malade urine en partie seul, en partie par la sonde.

C'est un cas de ce genre dont notre confrère, le Dr Mougeot, nous envoie l'observation.

Il s'agit, comme dans sa première observation, d'un confrère de 75 ans, et dont le père avait été opéré de la pierre en 1840 par la méthode sus-pubienne.

Il a été lithotritié il y a quatre ans, et depuis ce moment il n'a jamais cessé de souffrir en urinant.

Depuis dix-huit mois, les symptômes douloureux ont augmenté et sont souvent suivis, surtout le soir, d'accès angi-

neux fort pénibles avec douleurs violentes dans les bras et les aisselles et oppression.

Le malade pense n'avoir que de la prostatite sans calcul.

Le 11 juillet, après un jour de malaise, il est pris de rétention d'urine nécessitant le cathétérisme.

Troubles cérébraux le lendemain, puis, le 13, hématurie qui devient inquiétante.

Le 20, après des injections vésicales très chaudes, survient une crise vésicale tellement douloureuse qu'un médecin donne du chloroforme pendant plusieurs heures, attendant l'arrivée du Dr Mougeot qui ne peut opérer le soir même faute d'instruments, et, après avoir fait donner 3 centigrammes de morphine en injections sous-cutanées, revient le lendemain faire la taille avec le chloroforme sans essayer le cathétérisme, estimant à deux ou trois litres le sang perdu par le malade.

Il trouve un calcul arrondi de 3 centimètres de diamètre, la vessie saine, la prostate haute, droite (je copie l'observation), sans saillie, le col se sentant à moitié de la hauteur.

La vessie est fixée par six points de suture.

Dans la journée, un caillot bouchant le méat artificiel, une crise douloureuse se produit, puis plus rien.

Les suites sont normales. Quoique les muscles droits, très énergiques, semblent faire un excellent sphincter au méat artificiel, l'incontinence est absolue jusqu'au moment où la miction recommence par la verge, ce qui a lieu un mois après. La continence a lieu pendant deux heures, et alors les urines sortent par les deux méats.

Le méat se ferme vers le 16 septembre, mais deux jours après se rouvre et se referme après quelques jours.

Les réflexes angineux reparaissent un instant pour cesser ensuite.

M. Mougeot, dans les réflexions dont il accompagne son observation, fait remarquer que l'indication opératoire a été

pour lui l'hématurie; il ajoute, fait connu depuis longtemps, que cette hématurie a cessé presque immédiatement après l'ouverture de la vessie.

Elle prouve que l'opération a été efficace dans ce cas, comme elle l'a été dans tous les autres où elle a été pratiquée, quelles que fussent la cause et la source de l'hémorrhagie.

Elle ne prouve pas, dans le cas actuel, la supériorité de la taille vésicale sur la sonde à demeure, puisque cette dernière n'a pas été employée.

Elle peut être considérée comme un exemple à ajouter de la bénignité de la taille hypogastrique, et c'est ce que ne manque pas de faire observer le présentateur.

3° J'avais considéré l'infection comme une puissante indication de taille vésicale, et je faisais observer que je l'avais pratiquée longtemps avant qu'on n'eût donné cette indication, puisque je la faisais, en 1886, avec l'aide de mon ami, le Dr Pousson (de Bordeaux); mais j'avoue que j'en voyais les indications très restreintes; néanmoins, à défaut d'autre moyen plus actif, fallait-il accepter celui-là. Dans les cas où je l'avais employée, elle avait été impuissante. Or, M. Poncet lui-même est venu mettre une sourdine à son enthousiasme et à celui de nos confrères qui le suivaient dans cette voie si facile, en venant déclarer que les cas d'infection suraiguë et aiguë échappaient à l'action de la taille et de la désinfection directe de la vessie.

C'est bien ce qui résultait pour moi et de ma pratique et de la lecture des observations; mais il était nécessaire que ce fût nettement formulé. C'est une importance concession à la thèse que je soutiens.

Loin de moi la pensée de prétendre que la sonde à demeure peut suffire à tout, que le drainage par les voies naturelles peut être constamment suffisant.

J'ai dit que bien fait, bien appliqué, bien surveillé, il était

plus souvent suffisant que ne le prétendent ceux qui ne veulent ou ne savent pas l'appliquer.

Vouloir soutenir que le drainage par les voies naturelles est toujours suffisant, ce serait prétendre que, dans la chirurgie des membres ou du tronc, le drainage seul peut suffire, et qu'une contre-ouverture ou une incision de décharge n'est jamais nécessaire.

Au reste, les effets de ce drainage naturel, de la sonde à demeure, sont aussi prompts, aussi rapides que ceux de n'importe quelle opération sanglante qui ouvre un foyer septique. Voici une preuve. Elle a été fournie par la température d'un malade âgé de 67 ans, M. D..., que j'ai soigné en juin dernier à la maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu.

Il s'agit d'un prostatique n'urinant que par la sonde avec une vessie infectée et contenant plusieurs gros calculs phosphatiques. C'est un calculeux récidiviste.

Quand je l'ai vu le lendemain de son arrivée à Paris, il était dans un état très grave.

La vessie était très fortement infectée et contenait une urine infecte; la langue sale, sèche, le pouls rapide, la température très élevée. Comme le malade était très agité, on n'avait pas pris sa température le matin.

La sonde à demeure ne peut être mise que dans la journée. Le soir, la température était encore de $39^{\circ}2$; le lendemain elle était tombée à $37^{\circ}2$ et ne remontait le soir qu'à $37^{\circ}6$, pour ne plus jamais atteindre ce chiffre, sauf dix-huit jours après, où un soir, deux jours après l'ablation d'un petit épithéliome de la lèvre inférieure, elle atteint $39^{\circ}3$, pour retomber à $36^{\circ}4$ le lendemain.

J'ai cité ce prostatique, quoique calculeux, ou plutôt parce que calculeux : car qui peut le plus peut le moins. Si j'ai pu obtenir la défervescence en mettant une sonde à demeure, malgré la présence de gros calculs (le malade

estimait leur poids à 150 grammes, mettons 120 grammes, ce qui est déjà sérieux), à plus forte raison serait-il simple et facile de drainer avec succès une vessie qui n'en contient pas.

Je ferai remarquer que la lithotritie, pratiquée chez ce malade au bout d'une semaine, n'a pas fait monter la température d'un dixième de degré.

Voici encore le nommé M..., âgé de 60 ans, entré le 22 juin 1895 dans mon service à Bicêtre, salle Nélaton, n° 9, avec de l'incontinence par regorgement.

L'interne de garde, en l'explorant, crut reconnaître des rétrécissements et lui mit à demeure une bougie filiforme le long de laquelle il urina.

J'accepte le diagnostic, mais le 25, remarquant que la vessie ne se vidait pas, je conçus des doutes, et faisant l'exploration je pus passer facilement une bougie à boule n° 22, en constatant seulement quelques légers ressauts dans la portion bulbaire, scrotale et pénienne du canal.

Mais déjà il existait un léger œdème des bourses, indiquant une infection du canal, dû probablement à l'exploration antérieure.

Envies d'uriner fréquentes.

Je fais sonder le malade, ce qui suffit à faire tomber la fièvre malgré le phlegmon périurétral. Le 29 au soir, la température étant remontée, je mets la sonde à demeure, la température baisse.

Le 17 juillet, on incise l'abcès. On laisse à demeure une sonde, et, après deux ou trois oscillations, la température reste autour de 37°, pour ne plus jamais s'élever.

Ces faits ont été vus par d'autres que par moi, et vous en trouverez des exemples aussi probants dans le travail que j'ai cité de MM. Guyon et Michon.

Les conclusions qu'on peut en tirer résultent de l'obser-

vation pure, attentive et prolongée des malades. C'est pourquoi je crois que d'autres pourraient avec nous en tenir compte.

J'en ai terminé avec les indications opératoires communes à tous les urinaires et applicables aux prostatiques.

Les indications spéciales aux prostatiques je les ai classées sous quatre chefs :

1° Impossibilité du cathétérisme :

2° Fausses routes simples ou multiples avec ou sans état infectieux ;

3° Difficultés renaissantes dans le cathétérisme avec état douloureux ;

4° Distension à marche lente avec miction par regorgement et phénomènes d'insuffisance rénale.

Cette classification est celle qui a été adoptée par MM. Guyon et Michon. Je ne reprendrai pas l'étude de tous ces cas.

Permettez-moi seulement d'apporter de nouveaux faits d'hypertrophie prostatique, montrant que le cathétérisme peut suffire dans des cas que je peux qualifier de très difficiles, et qu'il ne faut pas trop se hâter, malgré de fausses routes antérieures, de pratiquer le méat sus-pubien.

Observation. — Le 23 mai, j'étais appelé aux environs de Paris, pour aller sonder un vieillard de 75 ans, qui avait été pris de rétention d'urine, dans la nuit du 19 au 20. Le médecin appelé avait essayé très doucement le cathétérisme et, ne pouvant y parvenir, avait conseillé d'appeler un chirurgien. La famille avait voulu auparavant consulter un médecin dosimètre qui avait soigné antérieurement le malade et dans lequel il avait une grande confiance. Traitement par les granules qui, comme vous le pensez, ne font pas évacuer une seule goutte d'urine, il revient deux jours après et essaye alors de le sonder. Il ne réussit qu'à le faire saigner abon-

damment et souffrir au point que le malade fait jurer à une partie de son entourage qu'on ne le laissera toucher par personne et qu'on le laissera mourir en paix, ce qui donna lieu, plus tard, à une scène épique, que je renonce à vous raconter.

Le fils ne tint pas compte de ces recommandations, et, après avoir fait appeler le premier médecin, vint me chercher.

Quand j'arrivai, je fus fort mal reçu par le côté féminin de la famille qui avait pris au sérieux les exhortations du malade, d'autant que le médecin, en présence de la difficulté du cathétérisme et de l'existence des fausses routes, avait cru devoir parler soit de ponction, soit d'incision de la vessie.

Je passai, au moyen du mandrin, une sonde en gomme n° 21 que je mis à demeure et fixai. Il était sorti une urine infecte.

Le 28 mai, notre confrère ayant voulu retirer la sonde, ne put en remettre une autre. J'allais en consultation dans le même pays, et je dus passer chez notre malade pour lui mettre au moyen du mandrin une nouvelle sonde.

Tout, du reste, s'était passé régulièrement, les accidents infectieux et toxiques avaient disparu.

J'avais perdu de vue le malade, quand le 9 juillet, c'est-à-dire un mois et demi après, je le vois arriver dans mon cabinet. Il venait se faire sonder, et il me raconta alors que, depuis le 23 mai, il a constamment gardé une sonde à demeure, que dans les derniers temps, grâce à l'emploi de ma sonde métallique, son médecin avait pu lui mettre une sonde en caoutchouc rouge, ce qui lui avait permis de se lever et de se promener; mais que la veille après l'avoir retirée, il n'avait pas pu la lui refaire passer, et qu'alors il s'était décidé à venir.

Pour lui permettre de s'en retourner, je lui passe, au moyen de ma sonde métallique, une sonde en caoutchouc rouge, que je fixe solidement, et il repart enchanté, d'abord pour aller déjeuner et ensuite pour prendre le train.

Le 23 juillet, je le vois revenir ; il avait retiré sa sonde

molle et il venait spontanément, sans avoir recours à son médecin, se la faire remettre. Depuis son dernier voyage, il avait vécu avec, s'était promené, etc.

Je ne l'avais plus revu ; je savais qu'il allait très bien ; je ne savais pas s'il portait encore sa sonde ou bien s'il l'avait abandonnée. Or, j'ai vu son médecin le 24 avril dernier ; il m'annonce qu'il porte toujours sa sonde ; il y a donc près d'un an qu'il vit avec la sonde et se porte toujours bien ; ils font très bon ménage ensemble ; je crois bien qu'il ne l'échangerait pas contre un méat hypogastrique, quelque continent qu'il pût être.

Je vous citerai encore le cas de M. B..., âgé de 81 ans, entré dans mon service à Bicêtre, le 22 mai, à qui je dus mettre une sonde avec un mandrin qui ne détermina pas la plus petite élévation de température ; à plusieurs reprises, on lui a retiré la sonde ; on n'a pu la lui remettre, on lui a même fait une nuit une ponction hypogastrique qui n'a déterminé aucun accident ; or, j'ai toujours pu le sonder, ce qui m'est arrivé quatre fois, et cependant les tentatives de cathétérisme avaient été faites par des internes suffisamment au courant des manœuvres.

J'aurais insisté davantage sur ce cas dernier s'il n'avait été trop complexe et si le malade n'avait eu un abcès péricœcal auquel il paraît avoir succombé ; nous n'avons pu faire l'autopsie.

D'une manière générale, j'estime que quelques chirurgiens ont une trop grande tendance, en présence de certains cas difficiles, à dire que le cathétérisme est impossible.

Le nombre des cas de cathétérisme *impossible* me paraît, je regrette de le dire, tout à fait hors de proportion avec ce qui devrait être, et je crains que quelques chirurgiens ne soient séduits et entraînés par la facilité vraiment *trop grande* de la taille hypogastrique, quand la vessie est dis-

tendue. Il y a là évidemment une tentation à laquelle il est difficile, semble-t-il, de résister.

Et cependant il ne faut pas invoquer la bénignité plus grande de l'opération, puisque, dans la statistique des résultats de la taille pour les prostatiques infectés, M. Poncet cite 42 cas avec 5 décès, soit 25 0/0 de mortalité. La statistique de MM. Guyon et Michon donne 23 0/0 seulement avec la sonde à demeure.

Lagoutte, dans un travail publié dans la *Gazette hebdomadaire*, l'année dernière, nous dit, évidemment inspiré par son maître Poncet, que dans l'opération de la *cystostomie*, la mortalité opératoire est nulle, la mortalité post-opératoire presque nulle. Cette distinction entre la mortalité opératoire et la mortalité post-opératoire nous rappelle trop la distinction établie par les profanes pour que nous l'acceptions.

On peut toujours discuter sur les mots et dire que l'opération n'a rien ajouté à la gravité de l'état du malade, que l'opération a été simplement impuissante à le sauver et qu'il serait mort sans cela, et que, par conséquent, l'opération ne doit pas être considérée comme un des facteurs de la mort.

Mais quand, par exemple, on voit un homme se livrer à ses occupations habituelles aujourd'hui, subir l'opération dans deux jours et être mort trois jours après l'opération, on est en droit et on a le devoir de dire que l'opération est responsable de la mort.

Ainsi les faits, interrogés un à un, aussi bien que les statistiques, sont d'accord pour nous prouver qu'il ne s'agit pas là d'une opération innocente et simplement comparable à l'ouverture d'un abcès.

Les résultats éloignés de cette opération sont-ils donc si brillants ?

Assurément, si, comme je l'ai dit, tous les nouveaux

méats que l'on crée ainsi étaient continents, si les vessies étaient tolérantes et résistantes à l'infection, ce serait parfait.

J'ai montré que la situation de M. Diday, quelque grand que fût son enthousiasme, n'était pas encore si enviable que cela.

Et tous ceux qui n'ont pas de méat continent, tous ceux qui perdent leur urine, ceux même qui ont une demi-continence peuvent être enchantés au début ; mais plus tard, leur enthousiasme tombe, et tel qui célébrait les avantages de son méat vous répond comme un malade dont je vous résumerai l'observation et que j'ai débarrassé de sa fistule hypogastrique : Croyez-vous que ce ne soit pas agréable d'être débarrassé « de cet ignoble trou qui vous transforme en une barrique en perce ? » (*sic*) ; qui vous dit encore : « Le jour où vous m'avez débarrassé de ma fistule a *été le plus beau jour de ma vie* », et qui ajoute (mais il exagère peut-être) : « Je ne voudrais pas pour dix mille francs de rente avoir de nouveau ce trou. » Et il était en partie continent, grâce à la sonde qu'il portait !

Et ce malade était enthousiasmé de son état après l'opération de la taille !

Voici, du reste, cette observation, recueillie par mes internes Escat et Chaillous, et dont le dernier acte appartient à notre collègue Faure, qui a parfait la guérison pendant qu'il me remplaçait à Bicêtre.

Observation. — Le nommé Le Hen..., âgé de 56 ans, inspecteur, entré le 3 avril 1895, salle Nélaton, nº 12, à l'hospice de Bicêtre, service du Dr Bazy.

Malade n'ayant jamais eu la syphilis. Première blennorrhagie à 22 ans. Durée huit mois. Nouvelle atteinte deux ans après. Troisième chaude-pisse en 1880. Pas de complications.

En 1875 début des accidents urinaires. La miction est pé-

nible, fréquente, le malade ne peut retenir ses urines quand le besoin se fait sentir. Le jet est moins fort qu'autrefois.

L'éjaculation est aussi plus difficile ; « au lieu de se faire d'une manière violente, nous dit-il, elle se faisait goutte à goutte ».

Malgré ces troubles, pas trop de préoccupations jusqu'en 1892.

En 1892, soigné à Necker pour une hydrocèle. A ce moment il ne s'est pas plaint de ses voies urinaires et a quitté très rapidement l'hôpital.

En 1893, au mois de février, il entre à l'hôpital Tenon. On explore l'urèthre ; le cathétérisme ne put être effectué, malgré plusieurs tentatives répétées à deux ou trois jours d'intervalle. Ces tentatives ont d'ailleurs amené un léger suintement sanguinolent et des accès de fièvre.

Le 28 avril 1893, l'obstacle était infranchissable, l'état général devenant de jour en jour plus mauvais, on s'est décidé à pratiquer la cystostomie.

Sortie de Tenon en février 1895.

Etat général considérablement amélioré. L'urine s'échappe par la fistule.

Entré à Bicêtre immédiatement après. La sonde ne fonctionne pas. L'urine s'échappe autour d'elle. La sonde n'avait bien fonctionné que pendant quatre ou cinq mois. Quand elle était bien perméable, il ne s'écoulait que quelques gouttes par le nouvel uréthre ; lorsqu'elle fonctionnait mal, l'urine sortait presque complètement par le canal artificiel.

Au moment de l'entrée, le malade exhale une odeur repoussante. La sonde est mal entretenue. Néanmoins il ne veut pas rester dans le service, disant que personne n'a jamais pu lui passer une sonde et que, toutes les fois qu'on l'a essayé, il a eu des accès de fièvre. Cependant il revient un mois après et consent à se laisser sonder.

M. Bazy, qui venait de traiter un cystostomisé par la sonde à demeure, explore le canal et constate la présence d'un ré-

trécissement bulbaire. Le diagnostic est fait par l'arrêt de la boule dans la région périnéale et le ressaut caractéristique au retour. Le soir, le malade n'a pas eu de fièvre. M. Bazy décide de pratiquer l'uréthrotomie interne, le malade désirant à tout prix « être guéri de cet ignoble trou qui le transforme en barrique en perce, » d'autant qu'après le passage de la bougie il a pu uriner par l'urèthre facilement, ce qu'il n'avait pu faire depuis 2 ans.

L'odeur exhalée par la fistule est repoussante. Uréthrotomie interne. Sonde à demeure. La sonde est fort bien tolérée, pas la moindre fièvre ; l'état général est excellent, mais l'urine continue à s'écouler par la fistule hypogastrique qu'on n'a pu ni aviver, ni suturer, le malade n'étant pas endormi. Il a fallu se contenter d'exciser un bourgeon charnu, saillant à l'extérieur.

Les jours suivants, rien de nouveau à signaler. On change la sonde tous les deux jours.

Le 20 avril, avivement des bords de la fistule, isolement de la muqueuse vésicale qui est retournée vers l'intérieur de la vessie et suturée. Suture superficielle.

La suture a tenu deux jours, puis l'urine coule en grande quantité par l'orifice. La suture profonde a cédé, la suture superficielle n'a pas été suivie de réunion.

Le 29 avril, on décide d'aviver de nouveau la fistule, mais le mauvais état des bords de la plaie fait remettre l'opération à plus tard. Benzoate de soude à l'intérieur.

Le 24 mai, sous l'influence de pansements antiseptiques humides, changés fréquemment, la fistule s'oblitère. Injection d'eau boriquée, dans la vessie, pas de suintement. La sonde est retirée, le malade urine facilement. Le malade est enchanté d'être débarrassé de sa fistule. « Il préfère, nous dit-il, sa nouvelle situation à son ancienne, avec dix mille francs de rente. »

Cependant, plus tard, cette fistule suinte à nouveau, on cautérise le trajet au nitrate d'argent, au thermo-cautère, sans aucun résultat.

Le 20 septembre, M. Faure incise le trajet fistuleux, un jet d'urine s'échappe avec force, avivement des bords, suture de la peau aux crins de Florence, sonde à demeure.

Quelques jours après, le pansement est encore un peu mouillé par l'urine qui sort. On le renouvelle.

Le 1er octobre, la plaie est complètement cicatrisée. On enlève les points de suture.

Le 5, on retire la sonde. Plus de suintement.

Le 13, le malade se lève, urine seul, facilement.

Le 11 novembre. Depuis l'opération, toute l'urine s'écoule par le canal.

Quand un malade est soulagé, quel que soit le moyen employé, il est enchanté, jusqu'au jour où on lui fait voir qu'il peut y avoir mieux. C'était le cas de ce dernier malade.

M. Poncet a dit et fait dire tout le mal possible de la ponction vésicale. Or, un jour, je reçois la visite d'un malade auquel un de nos anciens collègues d'internat avait fait par deux fois la ponction de la vessie, et qui me disait : « Quel merveilleux instrument que l'appareil Potain ! » Il n'était pas loin d'être convaincu qu'il avait été inventé à l'usage des prostatiques.

Je vous demande pardon de citer ces faits : mais tout cela prouve que l'approbation ou le désaveu, irréfléchis et inconscients, des malades ne doivent pas entrer en ligne de compte, quand il s'agit d'indications thérapeutiques et opératoires. On doit suivre les seules indications scientifiques : car toute médaille a son revers : l'enthousiasme a, lui aussi, sa contre-partie.

On a prétendu qu'avec un méat hypogastrique la désinfection de la vessie se faisait mieux qu'avec la sonde, que le drainage était plus efficace. Voici un fait qui prouve le contraire, et qui montre une amélioration considérable de

l'état général et de l'état de l'urine, coïncidant avec l'emploi de la sonde à demeure destinée à supprimer un méat hypogastrique :

V... (Jean-Pierre), 66 ans, sans antécédents blennorrhagiques ni syphilitiques, ne ressent des troubles de la miction que depuis le commencement de 1894. Il éprouve des besoins d'uriner très fréquents et doit pisser jusqu'à vingt et trente fois par jour, une quinzaine de fois pendant la nuit. Il éprouve en outre de l'incontinence : son pantalon, son lit sont continuellement mouillés. Pas de douleurs, pas d'hématuries, urines claires.

En mai 1894 il entre à Tenon, dans le service de M. Reynier Un premier sondage ne retire que peu d'urine (donc pas de rétention); il garde un mois une sonde à demeure. Après sa sortie, il continue à se sonder de temps à autre : les envies d'uriner sont moins fréquentes (dix par jour), mais l'incontinence persiste; le début de la miction s'accompagne de picotements dans la verge; quelques douleurs dans les reins.

En juillet 1891, son état s'est aggravé rapidement. Il entre à Necker. M. Routier constate l'hypertrophie de la prostate : les urines sont purulentes; frissons, douleurs généralisées ; une sonde à demeure est mal supportée; des hématuries apparaissent. Le 6 juin on pratique une taille hypogastrique : un gros lobe prostatique saillant est respecté à cause du mauvais état général. Le délire, d'après le malade, aurait persisté pendant six semaines. Sonde à demeure dans la plaie hypogastrique pendant deux mois environ.

L'état général s'améliore; les envies d'uriner ont disparu.

Le malade entre à l'infirmerie de Bicêtre le 5 février 1895; il porte encore un orifice fistuleux, admettant une sonde de Pezzer et laissant couler continuellement de l'urine. Les urines sont fortement purulentes, très odorantes, engorgent fréquemment la sonde; l'incontinence du méat est absolue, les urines s'écoulant autour de la sonde.

Le 20 février, une sonde en caoutchouc (expulsée), puis en gomme est placée à demeure dans l'urèthre; on pratique des lavages boriqués.

Le 6 mars, la sonde est très bien supportée, les urines se sont beaucoup éclaircies et sont bien moins odorantes. L'état général s'est beaucoup amélioré depuis la suppression de la sonde du méat hypogastrique. Celui-ci a peu de tendance à se fermer.

Le 29 avril, on tente l'oblitération du méat urinaire : incision verticale de la peau (6 cent.); la muqueuse vésicale est détachée, le trajet en partie réséqué : deux étages de surjets au catgut: suture de la peau avec les crins; sonde à demeure.

Mais après quelques jours, un peu de suppuration apparaît; l'urine recommence à couler vers le huitième jour par la fistule : elle s'oblitère complètement le 13 mai.

Pendant trois mois, l'état local subit des alternatives, la fistule se rouvrant quatre fois, mais se fermant dès que l'on place une sonde à demeure pendant quelques jours : elle semble oblitérée définitivement à partir du commencement d'août. L'état général est bon, les urines très claires, mais le malade ne peut uriner que quelques gouttes et doit se sonder plusieurs fois par jour.

Je rappellerai enfin pour mémoire le cas que nous a signalé notre collègue Picqué : la folie succédant à l'établissement d'un méat hypogastrique et guérissant avec la fermeture de ce méat.

Pour conclure, je résumerai les indications du méat hypogastrique chez les prostatiques :

1° La taille vésicale avec méat temporaire ou définitif est indiquée surtout dans les *douleurs d'origine vésicale*, dans l'*hématurie* et dans les infections à *forme subaiguë* que la sonde à demeure n'a pu enrayer;

2° Elle est impuissante contre les accidents infectieux aigus et suraigus, mais peut et doit être tentée dans ces cas;

3° Elle peut, dans l'immense majorité des cas de cathétérisme douloureux, être remplacée par différents moyens thérapeutiques, parmi lesquels la sonde à demeure;

4° Elle doit être exceptionnellement employée dans les cas de fausses routes et de cathétérisme difficile;

5° L'impossibilité du cathétérisme est une indication encore plus exceptionnelle.

HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

DOUZIÈME LEÇON

Traitement des dyspepsies,

Traitement des troubles gastriques dus aux fermentations anormales de l'estomac.

(Suite.)

Par M. Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

V. — Régime et médications

Nous avons établi, au cours de la précédente leçon, que les fermentations anormales étaient toujours un élément morbide surajouté à l'une ou à l'autre des deux formes de dyspepsie que nous avons décrites, et il va sans dire que le premier soin du médecin doit être de reconnaître la forme de dyspepsie originelle, en se basant sur les signes et symptômes que j'ai déjà mis en lumière, et qu'une fois la dyspepsie reconnue, le traitement qui lui est spécial en doit être établi avant tout. Cependant, comme les phéno-

mènes dus aux fermentations amènent un état pathologique surajouté assez particulier, on se trouvera forcément conduit à modifier le traitement d'après les indications que je vais poser aujourd'hui.

Naturellement, le régime sera, si l'on peut s'exprimer ainsi, le vrai clou du traitement, car il est nécessaire de l'instituer avec plus de sévérité encore que pour les autres affections gastriques, de manière à supprimer dans l'alimentation du malade les substances qui sont susceptibles de provoquer ou d'entretenir les fermentations qu'il s'agit d'entraver.

Je traiterai donc en premier lieu du régime ; j'aborderai ensuite les médications, et enfin, pour terminer, je toucherai à un point nouveau, le traitement de la flatulence, qui parfois cause au malade de cruelles souffrances et que les thérapeutistes ont jusqu'ici laissée un peu trop de côté.

1° *Du régime dans les fermentations vicieuses.*

Toutes les fois que la digestion prend une forme anormale, on peut être sûr qu'il y a eu un phénomène irritatif qui a déterminé l'inhibition de la sécrétion gastrique normale ; il est donc nécessaire de chercher à supprimer la cause principale de cette irritation, afin de permettre à l'estomac de faire dans des conditions physiologiques le travail qu'il doit effectuer. Or, la cause la plus fréquente d'irritation, chez les sujets délicats, c'est l'introduction dans l'estomac d'une grande quantité d'aliments. En conséquence, la première recommandation à faire à un dyspeptique qui souffre de fermentations anormales, c'est d'avoir à diminuer les repas principaux et de faire, au contraire, beaucoup de petits repas. Cette précaution est toujours excellente, mais elle est quelquefois merveilleuse

chez certains hypersthéniques, car ces malades sont calmés par l'ingestion d'aliments, et le système des petits repas souvent répétés a pour résultat de tenir l'organe en état de tonicité fonctionnelle normale sans qu'il soit jamais surchargé de besogne; l'acide chlorhydrique, dont la production est constante, se trouve ainsi utilement employé et les crises ne peuvent pas se manifester. C'est surtout parce qu'il nécessite une succession constante de petits repas, que le régime lacté produit un bon effet dans beaucoup de cas ; mais on peut être certain que le même résultat sera obtenu avec plus d'avantages encore si, au lieu du régime lacté, on institue par jour six ou huit repas très légers. Ce fait a été bien mis en évidence par Brown-Sequard et j'ai fait moi-même l'expérience des bons effets donnés par cette méthode.

On conçoit, d'ailleurs, facilement que l'introduction d'une grande masse alimentaire dans l'estomac provoque la stase et prédispose aux fermentations. Au contraire, une petite quantité d'aliments, même chez l'hyposthénique, peut encore être digérée par le peu d'acide chlorhydrique contenu dans l'organe, et de plus, chaque nouvelle introduction amène une excitation physiologique des sécrétions normales ; on peut donc ainsi empêcher la production des fermentations secondaires, qui trouvent moins l'occasion de se produire.

Naturellement, dans ces cas comme dans toutes les maladies de l'estomac, avec plus d'opportunité encore si c'est possible, les aliments, viandes ou légumes, doivent être préalablement mis en purée si le malade n'a pas de bonnes dents, ce qui est, d'ailleurs, le cas le plus fréquent.

Les aliments et les modes culinaires suivants doivent être rigoureusement interdits, car ce sont des agents ou des provocateurs de fermentations secondaires :

Sucre, bonbons ou pâtisseries de toute nature ;

Sauces quelconques et en général tout apprêt savant ;

Choux et en général toutes les crucifères et les aliments qui renferment des huiles essentielles ;

Toute charcuterie et viande conservée ;

Gibier et viandes marinées ;

Tout coquillage, tous les aliments métazymes, y compris le fromage ;

Corps gras et fritures de tout genre ;

Vin et liqueurs, bières et cidres.

Le pain aurait avantage à être supprimé, car il est une grande cause de fermentations secondaires et est capable de provoquer l'apparition de l'acide lactique. Mais beaucoup de malades ne pouvant s'en passer, il est impossible de demander sa suppression absolue ; au moins est-il nécessaire d'obtenir que le malade diminue considérablement la consommation de cet aliment et le réduise au strict minimum. Il en est de même des légumes féculents, particulièrement des haricots et des pois ; les pommes de terre qui renferment beaucoup de cellulose peuvent être autorisées.

Sont permis les aliments suivants :

Viandes tendres très peu cuites, œufs frais ;

Soupes aux pâtes. Un mode de préparation particulièrement bien accepté et avantageux quand il faut instituer de petits repas, consiste à faire des potages aux pâtes additionnés de purée de viande légèrement cuite.

Le lait doit être supprimé ; par conséquent, il faut interdire aux malades le repas du matin avec café au lait ou chocolat. Le cacao en poudre lavé et dégraissé peut être autorisé à condition de le préparer à l'eau ; mais le meilleur déjeuner du matin est encore un œuf à la coque avec une tasse de thé.

Le café est permis ; c'est un bon tonique pour des sujets qui sont enclins à l'anémie cérébrale.

Au besoin, mais seulement chez les malades atteints

d'insuffisance digestive et jamais chez les hypersthéniques, on pourra autoriser après l'un des repas, comme excitant physiologique, un quart de petit verre d'excellent cognac. A ce propos, sans insister, je dirai que toutes les fois qu'il s'agit de faire absorber à un malade de l'alcool ou du vin, c'est toujours de bon et vieux vin ou cognac qu'il faut prendre et non pas de l'alcool dit pur de la chimie ; je suis donc absolument opposé aux théories exposées par M. Daremberg, théories que je n'hésite pas à considérer comme paradoxales et d'une dangereuse application clinique. Je reviendrai, du reste, un jour sur ce sujet qui touche vivement l'hygiène alimentaire.

Comme boisson, on conseillera une eau minérale légère à laquelle on pourra ajouter un peu de cognac, mais très peu, environ la valeur de 5 grammes par verre.

Je me trouve bien de l'usage d'une eau alcaline artificielle chez les hypersthéniques. Voici comment cette eau doit être préparée : dissoudre à chaud 2 à 6 grammes de bicarbonate de soude dans un litre d'eau, laisser déposer le bicarbonate de chaux qui précipite, décanter et boire aux repas le liquide clair ainsi obtenu.

Voici encore une formule de boisson qui est bien acceptée et supportée par les malades : on prend de bonne eau de source ou une eau minérale légère et agréable, telle que St-Galmier ou Condillac, et l'on y découpe 5 à 6 tranches de citron. Il est à remarquer que l'acide citrique et le citron sont les seuls condiments acides bien supportés par les gastralgiques; c'est un fait que la théorie n'explique pas suffisamment, mais dont il faut profiter.

2° *Médications des troubles de fermentation.*

Dans le traitement des accidents gastriques, les médications à la mode sont, comme nous le savons, les alcalins,

les antiseptiques, l'acide chlorhydrique et le lavage de l'estomac qui, malgré l'éclipse sérieuse qu'il subit, est cependant encore très en honneur auprès d'un certain nombre de médecins. Passons en revue les effets que ces divers traitements peuvent produire sur les malades qui souffrent de troubles de fermentation.

A. — *Alcalins.*

Inutile de rappeler que l'administration des alcalins et particulièrement du *bicarbonate de soude* à hautes, à très hautes doses, est le grand cheval de bataille d'un grand nombre de médecins, non seulement en cas de fermentations vicieuses, mais aussi dans toutes les manifestations morbides de l'estomac.

Pour montrer d'une façon saisissante l'effet des alcalins en cas de fermentation lactique, la plus fréquente, il suffit de rappeler l'expérienee de Bourget, expérience que tout le monde peut répéter et qui réussit toujours. Prenez une petite quantité du contenu stomacal avec la pompe stomacale, chez un malade; supposons que le titre reconnu soit de 1 gr. d'acide laetique. Vous faites deux parts du suc gastrique : l'une est saturée de bicarbonate de soude, l'autre est laissée telle quelle, et les deux vases sont mis à l'étuve. Au bout de trois heures, refaites le dosage, vous constaterez que le verre qui contenait le suc normal est au même titre, mais que le verre qui a été saturé contient plus d'acide lactique qu'avant la saturation. Il a donc fallu que l'acide nouveau soit fabriqué dans le liquide, et, par conséquent, l'addition d'un alcalin a eu pour résultat d'exciter dans la masse la production de l'acide anormal. Cet effet était à prévoir, car nous avons dit plus haut que les milieux alcalins étaient éminemment favorables à la vie du ferment lactique.

C'est le même résultat qui sera obtenu dans l'estomac ;

il faut donc se garder d'administrer du bicarbonate de soude aux sujets atteints de fermentation lactique sous peine de voir s'exaspérer secondairement l'état du malade.

Cependant, il est nécessaire de saturer l'acide lactique, car nous savons qu'il cause aux dyspeptiques un état particulièrement pénible; mais, pour obtenir la saturation, on emploiera le *carbonate de chaux* qui n'aura pas les mêmes inconvénients. La formule que j'ai déjà indiquée pour le traitement de l'hypersthénie pourra servir, en la modifiant de la façon suivante :

Craie préparée................	1 gramme.
Sous-nitrate de bismuth	$0^{gr},20$ à $0^{gr},60$
Chlor. de morphine...........	$0^{gr},001$ à $0^{gr},002$
Magnésie hydratée	1 gramme.

Pour un paquet à prendre en une seule fois dans un peu d'eau, 1 à 2 heures après le repas.

B. — *Acide chlorhydrique.*

L'emploi systématique de l'acide chlorhydrique dans la fermentation lactique est aujourd'hui une question de doctrine jugée. Il suffit, pour être convaincu, de se rappeler ce que nous avons dit précédemment des fermentations chez les hypers théniques. Pourtant l'usage de l'acide chlorhydrique peut rendre effectivement certains services. Seulement il faut bien distinguer et reconnaître si le suc gastrique contient ou non au préalable, et normalement, l'acide chlorhydrique, car en cas d'hyperchlorhydrie, il est évident qu'il serait mauvais d'administrer cet acide. La question est donc spécieuse.

Quoi qu'il en soit, si l'on fait deux parts d'un suc gastrique titrant, par exemple 1,60 d'acide lactique, et si l'on ajoute dans un des verres 1/1000 d'acide chlorhydrique, on

constate après deux heures de séjour à l'étuve que ce dernier contient la même quantité d'acide lactique, tandis que celui qui est resté intact en contient davantage.

En conséquence, il sera utile d'administrer un verre à madère de solution chlorhydrique au 1/1000 au milieu du repas et un autre à la fin, en cas d'hypersthénie accompagnée de fermentation lactique.

C. — *Antiseptiques.*

J'ai déjà longuement développé les considérations relatives à la parfaite inutilité des antiseptiques dans les affections intestinales et gastriques. J'ai dit que pour obtenir une antisepsie réelle il faut arriver à une dose telle que la fonction pepsique elle-même se trouve entravée. Donc, le *naphtol* et ses dérivés, le *salicylate de bismuth*, le *salol* sont de mauvais médicaments au point de vue antiseptique, puisque cette action est impossible à obtenir avec des doses modérées et non nocives.

Dans cet ordre d'idées, il faudrait avoir des médicaments capables d'entraver l'action des ferments figurés sans agir en même temps sur les zymases, et dans ce sens, j'ai eu l'idée d'essayer le *fluorure d'ammonium*, très employé dans l'industrie des bières pour arrêter la fermentation lactique. A la dose de 1/1000, ce sel jouit de la propriété d'arrêter le développement du ferment lactique. J'ordonne donc au malade de prendre, après chacun de ses repas, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Eau distillée..................	300 grammes.
Fluorure d'ammonium	1 gramme.

Si le malade ne prend, comme je l'ai indiqué, que de petits repas souvent répétés, on lui ordonne seulement une cuillerée à café de cette solution.

On peut aussi employer avec avantage l'*iodure de soufre*, indiqué si judicieusement par M. le professeur Prunier, à la dose de 0gr,10 à 0gr,30 en cachets après chaque repas.

D. — *Lavage de l'estomac.*

Le lavage de l'estomac a été très employé dans les fermentations anormales et n'a fourni que de très médiocres résultats, ce qui était à prévoir. En effet, ce procédé ne peut rendre des services que comme évacuant, dans les cas de stase avec impossibilité réelle de voir le bol alimentaire quitter normalement l'estomac. Mais le lavage préalable ne peut donner aucune amélioration, puisque c'est après l'ingestion des aliments que se produisent les phénomènes qu'il s'agit d'arrêter.

Nous réserverons donc le lavage de l'estomac pour les cas accidentels où nous nous trouverons en présence de malades atteints de crises violentes et incapables d'obtenir l'évacuation pylorique de leur estomac. Il vaudra mieux alors, pour arrêter la crise, vider l'organe avec la sonde et pratiquer ensuite un nettoyage que l'on terminera par l'administration de calmants. Mais il va sans dire que ce n'est pas là un procédé véritable de traitement des fermentations diverses qui peuvent atteindre l'estomac d'un dyspeptique.

3° *Traitement des phénomènes de flatulence.*

Contre la flatulence ordinaire des dyspeptiques, c'est-à-dire celle qui est réellement causée par la production des gaz de fermentation, flatulence relativement peu abondante et très supportable, il est évident qu'il n'y a pas autre chose à faire qu'à traiter la fermentation elle-même. Mais quand on a devant soi des malades atteints de cette flatulence réflexe explosive qui met le sujet à la torture, il est

nécessaire d'intervenir d'une manière spéciale et plus décisive.

Dans ces cas, nous avons montré que l'irritation gastrique amène une sorte de parésie motrice des couches musculaires de l'estomac, d'où diminution de la pression de celles-ci sur les capillaires et exosmose des gaz du sang.

L'estomac se trouve alors rempli de gaz, distendu d'une manière atrocement pénible pour le malade, et aussitôt que des éructations ont vidé l'organe, celui-ci se remplit de nouveau et la scène dure ainsi des heures, le plus souvent jusqu'à ce qu'une indigestion avec vomissement ait enfin débarrassé l'estomac des aliments qui l'encombrent.

Pour obvier à cet inconvénient, il faut que le malade prenne l'habitude de vider l'estomac des gaz qui l'emplissent, chose parfois difficile et qui ne s'obtient que par une véritable gymnastique. Il faut ouvrir l'œsophage en ingurgitant un peu d'air et en abaissant et relevant successivement la tête. Une fois l'ouverture obtenue, les gaz s'échappent avec bruit, mais sans douleur. L'opération doit être pratiquée avant que la tension gastrique ne soit trop forte, car dans ce cas elle devient plus difficile à obtenir. Une fois habitués à cet exercice, les malades peuvent même arriver à rejeter volontairement leur bol alimentaire, et mieux vaut qu'ils le fassent dès qu'il est rendu évident par l'abondance des éructations que la digestion ne se fera pas normalement, car au bout de trois ou quatre heures après le repas, le rejet devient nauséeux et par conséquent pénible. Au contraire, quand la régurgitation se fait au début, elle est à peine désagréable.

Une fois l'estomac délivré, le malade prendra un ou deux des cachets indiqués plus haut et se reposera. Au bout d'une à deux heures, il est rare que le besoin d'aliments ne se fasse pas sentir; il prendra alors un peu de *lait* additionné d'*eau de chaux*. On remarquera qu'ici j'indique le

lait, après l'avoir défendu dans le régime; c'est que nous nous trouvons en présence d'une crise aiguë au cours de laquelle une autre alimentation serait impossible à faire supporter.

Si la crise est particulièrement douloureuse et accompagnée de migraine, il est préférable de juger la situation en administrant un hypnotique, mais il est alors utile, comme l'a jadis conseillé M. Bardet, d'ordonner l'*hypnal* qui est une combinaison définie de chloral et d'antipyrine non irritante, plutôt que le chloral qui irrite toujours l'estomac, au grand détriment de la muqueuse. Le malade s'endort alors et cesse de souffrir, et quand il se réveille la crise est terminée.

Avantages et inconvénients de la méthode vésicante,

Par M. André Martin,

Médecin major de 1re classe de l'armée,
Membre correspondant de la Société de thérapeutique.

M. Huchard (1) a mis à l'ordre du jour de la Société de thérapeutique la question de la méthode vésicante en général, et du vésicatoire en particulier. Tout d'abord s'impose pour cette étude une division entre les maladies générales, infectieuses, fébriles, et les affections locales, apyrétiques. Qui oserait encore soutenir l'utilité de la méthode vésicante dans la fièvre typhoïde ou la diphtérie au sujet de laquelle Trousseau a été un des premiers à la

---

(1) *Société de thérapeutique*, 11 mars 1896.

condamner ? Ces affections ont un caractère nettement infectieux qui défie toute discussion. Il n'en est pas ainsi pour la bronchite, la pneumonie, la broncho-pneumonie, la pleurésie aiguës, qui toutes, relevant d'une origine bactérienne plus ou moins évidente, passent encore aux yeux d'un très grand nombre de praticiens, pour des affections à origine banale, cosmique et non infectieuse. Ces médecins obéissent aux enseignements de leurs premiers maîtres, continuent la pratique d'une expérience parfois longue et heureuse, et répondent enfin aux croyances et aux désirs de leur clientèle en opposant à toutes les infections pneumococciques ou streptococciques des voies respiratoires l'application précoce et répétée du vésicatoire. Depuis longues années nous avons rompu avec cette manière de faire que condamnent les acquisitions de la bactériologie, les données de la clinique et les démonstrations anatomo-pathologiques. Dans la pneumonie dite franche, dite lobaire et dont le type, soit dit en passant, devient de plus en plus rare, dans la pneumonie qui pour les partisans du vésicatoire en est, en quelque sorte, la maladie d'élection, les urines charrient une quantité d'albumine dont le chiffre élevé témoigne du degré également élevé de la congestion rénale. Le vésicatoire cantharidien, presque exclusivement employé, ne peut qu'augmenter cette congestion : tous, nous savons le rôle dépurateur du filtre rénal dans l'expulsion des toxines de l'économie, et par suite l'importance considérable que représente son intégrité. Le vésicatoire, par la dénudation du derme, ouvre, d'une part, la porte à l'entrée des germes extérieurs, et, par l'hypérémie rénale d'autre part, la ferme à la sortie des toxines intérieures. Ce double effet apparaît presque toujours, dans les premières heures de l'application, par une subite montée du thermomètre et aussi par la réaction du système nerveux qui varie avec les sujets, douleur, agitation, sub-délire, cris chez les

enfants, etc., tous phénomènes qui aggravent l'état général. L'hypérémie rénale des infections de l'arbre respiratoire n'est pas une hypothèse ou une simple vue de l'esprit, mais un fait commun à toutes les autopsies ; la congestion du foie et de la rate, également constante et à des degrés divers, forme avec celle des reins une triple lésion qui, à défaut de preuves bactériologiques, suffirait à démontrer leur origine et leur nature infectieuses. Pour elles, pas plus que pour la fièvre typhoïde ou la diphtérie, l'emploi de la médication vésicante ne saurait être utile ; il est, au contraire, dangereux et doit être absolument condamné.

Devons-nous être aussi exclusifs dans les maladies locales, épanchements articulaires cités par M. Crequy (1), certaines congestions viscérales chroniques, certaines névralgies, et dans les exsudats qui succèdent et survivent parfois plusieurs semaines à la pneumonie, à la pleurésie qui les ont produits ? Dans le cas de foyers anciens, la méthode vésicante aide puissamment, selon nous, à leur résorption, et la rejeter serait, je crois, nous priver d'un efficace moyen. M. Mathieu (2) dira bien qu'il n'y a aucune correspondance entre l'innervation pulmonaire et celle des parois thoraciques ; l'amélioration, la guérison obtenues par la répétition du vésicatoire est peut-être un de ces phénomènes de révulsion à distance dont le mécanisme nous échappe, mais dont la fréquence représente une réalité thérapeutique indéniable. En soutenant son utilité, dans les formes subaiguës et chroniques de la bronchite, de la pneumonie et de la pleurésie, je ne crois pas être en désaccord avec les propositions avancées plus haut. Les phénomènes à forme aiguë sont l'expression directe de l'infection, mais à l'infection succède une lésion plus ou moins profonde, plus

(1) *Société de thérapeutique*, 25 mars 1896.
(2) *Ibid.*, 25 mars 1896.

ou moins tenace qui, à la longue, prend les allures d'une maladie locale, et relève d'une médication à la fois locale et générale. Si dans l'hydarthrose du genou, par exemple, la médication vésicante nous paraît inférieure à la compression ouatée et générale du membre inférieur, aux injections iodées intrasynoviales, et enfin à l'arthrototomie, tous procédés que nous employons fréquemment et avec succès ; si elle est inférieure encore dans le traitement des névralgies à d'autres moyens de révulsion, à la réfrigération et aux injections locales, à la galvanisation, etc., elle est, au moins, dans le traitement de ces maladies et de bien d'autres accidents, presque toujours inoffensive et parfois utile.

Nous ne saurions donc, malgré l'exemple de nos voisins, retrancher systématiquement et définitivement de la thérapeutique la médication vésicante, mais nous devons l'améliorer et prévenir les accidents cutanés qu'occasionnent les emplâtres, par l'usage plus large des vésicatoires liquides. Nous devons restreindre chaque jour davantage son emploi, et dans les circonstances où elle nous semble avantageuse, il nous faut obéir exactement aux indications fournies par le tempérament du malade et l'examen de ses urines, par la nature, infectieuse ou non, ainsi que par la forme aiguë ou chronique de la maladie. L'importance que lui ont accordée nos devanciers, et que lui continuent encore la plupart de nos contemporains, est absolument exagérée et se maintient aux dépens de moyens tels que l'enveloppement humide ou la balnéation qui, non seulement pour la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives graves, mais aussi pour la broncho-pneumonie, la méningite pneumococcique de l'adulte et de l'enfant, etc. (Sevestre, Legendre, etc.), sont les agents les plus puissants dont nous puissions disposer ; malheureusement ces moyens ont contre eux la difficulté d'application dans certains milieux, et dans beaucoup d'autres, la résistance presque irréductible des

familles. C'est faire œuvre vraiment utile que de répandre en dehors de nos services hospitaliers ces méthodes si précieuses dans toutes les variétés d'infections aiguës, et d'alléger la thérapeutique journalière de ces deux prétendues panacées, le vin de quinquina et l'emplâtre vésicant.

Je terminerai par ces conclusions :

Dans les maladies fébriles, infectieuses, et leur cercle va chaque jour s'élargissant, la méthode vésicante est non seulement inutile mais encore nuisible.

Dans la forme subaiguë ou chronique de certaines maladies à origine bactérienne, le vésicatoire peut être utile et sans danger, si son usage est entouré de précautions et subordonné à des indications précises tirées du sujet et de la maladie.

Dans le plus grand nombre des affections où l'emploi du vésicatoire était autrefois considéré comme de rigueur, il doit céder la place à des agents de révulsion ou d'antipyrèse qui ne sont pas susceptibles des mêmes critiques et qui ont une puissance d'action autrement étendue et efficace, tels l'enveloppement humide et la balnéation froide ou tiède.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Sur la préparation et la valeur du catgut au formol (B. F. Curtis, *communication à la société chirurgicale de New-York*, séance du 13 nov. 1895; *Annals of Surgery*, fév. 1896). — C'est Cunningham qui, le premier, a employé la formaline pour la désinfection du catgut. Les inconvénients que présente la formaline, c'est, d'une part, une action inégale sur les diverses sortes de catgut et, d'autre part, la diminu-

tion (jusqu'à moitié) de la solidité du catgut ainsi préparé. Deux solutions sont proposées pour la désinfection du catgut. La solution A contient, āā, de l'eau, de la formaline et de l'alcool à 90°, la solution B est constituée de 1 partie de formaline et de 6 parties d'eau. Dans la solution A le catgut, suivant son épaisseur, sera conservé pendant une heure et demie à deux heures et demie; son séjour dans la solution B sera de plus longue durée, à savoir de 12 à 15 heures.

C'est à la solution B que l'auteur donne la préférence. Après avoir séjourné dans la formaline, le catgut sera encore mis 15 à 20 minutes dans l'eau bouillante. La perte de solidité (25 0/0) n'est pas de beaucoup supérieure à celle que subit le catgut rendu antiseptique par le séjour dans l'alcool bouillant. Le catgut est-il préparé en grande quantité pour des opérations ultérieures, on l'enroulera lâchement sur une bobine que l'on conservera dans une solution de formaline à 1 0/0; le catgut sera de nouveau remis dans l'eau bouillante avant de s'en servir.

Le catgut traité de la sorte est déjà rendu complètement aseptique par la formaline toute seule (une solution de formaline à 5 0/0 tue en 5 heures les spores de la bactéridie charbonneuse) et il est tout à fait approprié pour être employé dans les opérations. Mais le plus grand avantage du catgut formaliné, c'est que le médecin ne dépend nullement du droguiste, qu'il peut préparer lui-même son catgut sur lequel il peut compter sans danger de se tromper.

Prenant la parole dans la discussion, W. W. van Arsdale a attiré l'attention sur ce fait que le catgut traité par la formaline devient deux fois moins solide qu'auparavant: aussi tout en s'étant assuré de l'asepsie du catgut formaliné, a-t-il fini par renoncer à ce mode de préparation. (*Vratch*, 1896, n° 9, p. 254.)

Traitement des brûlures du premier et du second degré par les applications de pâte magnésienne (Dr Vergely, *J. de Méd. de Bordeaux*, fév. 1896). — On peut guérir rapidement

les brûlures en appliquant une bouillie de magnésie calcinée mêlée avec du lait; les applications se font 3 ou 4 fois par jour pour réparer les fissures qui se produisent très facilement. Cette pâte constitue un revêtement très léger, très poreux et assez friable, n'amenant jamais d'ulcérations au-dessous d'elle.

Cette bouillie a pour effet immédiat de calmer rapidement les douleurs; elle semble agir par absorption des liquides de la plaie; la plaie est ainsi soustraite à l'action de l'air, et placée aussi dans les conditions les plus favorables pour empêcher l'irritation des papilles nerveuses et les cultures microbiennes pyogènes.

Le Dr Vergoly recommande de se servir de la magnésie calcinée et non de la magnésie anglaise. Pour remédier à la fragilité de la masse hydratée lorsqu'elle est sèche, on peut, comme le conseille Carles, soutenir son moule autour du membre à l'aide d'une bande de gaze.

Nouveau procédé d'amputation de la cuisse (Chaput, *Soc. de Chirurgie*, 5 fév. 1896). Voici les temps de ce nouveau procédé indiqué par l'auteur :

1° Ostéotomie sous-trochantérienne;

2° Section circulaire de la peau et des muscles jusqu'à l'os à la partie inférieure de la cuisse ;

3° Réunion de l'ostéotomie et de la section circulaire par une incision verticale externe, longue de 25 centimètres environ au moyen de laquelle l'os est dénudé jusqu'à ce que l'amputation soit terminée.

Avantages de ce procédé :

L'opération est très rapide et très facile; le malade ne perd pas de sang; les surfaces cruentées sont deux fois moins étendues que dans l'amputation sous-trochantérienne à lambeaux.

On peut appliquer les mêmes principes à la désarticulation de la hanche, qui se fait en quatre temps :

1° Ostéotomie du col fémoral;

2° Section circulaire des parties molles au bas de la cuisse;

3° Incision externe réunissant l'ostéotomie et la section circulaire;

4° Extirpation facultative de la tête et du col.

Nouveau procédé de désarticulation de la hanche (Quénu, *Soc. de Chir.*, 19 février 1896). — L'auteur, à propos d'un jeune malade porteur d'un sarcome du vaste externe, fut obligé dans son intervention de se contenter d'un véritable lambeau interne et employa un nouveau procédé de désarticulation de la hanche portant principalement sur la façon d'assurer l'hémostase. La modification consiste à laisser l'artère fémorale adhérente à la tumeur, à passer en dedans d'elle et à faire, avant de couper aucun muscle, la ligature systématique en avant des adducteurs de toutes les branches qui se détachent de la crurale ou de la fémorale profonde pour se relier derrière les adducteurs en une immense arcade réunissant l'iliaque interne à la poplitée.

Dès que les troncs de l'artère et de la veine fémorale ont été liés et sectionnés entre deux ligatures, on trace un lambeau interne dont la longueur soit largement égale au diamètre de la racine du membre; la peau seule est incisée et largement disséquée. La gaine des vaisseaux fémoraux ayant été ouverte d'un bout à l'autre le long du couturier, l'index va décoller jusqu'au fond la gouttière où gît la gaine vasculaire, en glissant le long de son bord interne. On lie successivement les artères honteuses externes, la veine saphène interne près de son embouchure, puis, au niveau du bord externe du pectiné, on dégage et on coupe entre deux fils le tronc des circonflexes internes.

Traitement de l'ulcère variqueux par la teinture d'aloès (Coffin, *J. des mal. cut.*, janv. 1896). — On lave d'abord avec l'eau bouillie tiède ou avec l'eau phéniquée faible; on essuie avec l'ouate hydrophile et on fait un badigeonnage avec la

teinture d'aloës de une coucho à trois couches au plus. On laisse sécher et on recouvre d'une toile imperméable ou d'uno feuille de baudruche non gommée, dont les dimensions ne doivent pas dépasser les dimensions de l'ulcère. Pour achever le pansement, on recouvro d'une feuille d'ouate et d'une bando de flanelle. Si l'on remarque do l'inflammation sur les bords do l'ulcère et s'il s'écoule un liquide purulent, il faut renouveler lo pansement.

Le pansement doit être refait onviron tous les quatre jours. On applique alors uno nouvelle couche de teinture d'aloës à moins que le badigeonnage du début soit suffisant. Ce traitement donne de bons résultats, même lorsque le malade est obligé do vaquer à ses occupations et de rester debout ; mais il réussit plus sûrement dans les cas où le malade garde lo repos et tiont la jambe allongée et horizontale.

Gynécologie.

Traitement des hémorrhagies post-partum (P. Tarnier, *Soc. obst. de France*, avril 1896). — Au point do vue du traitement, il faut diviser les hémorrhagies post-partum en deux groupes : celles du corps de l'utérus, les plus graves ; celles du col, du vagin et de la vulve.

Dans ces dernières, il faut aller à la recherche du petit vaisseau qui donne, et appliquer une pince à forcipressure ; si on ne peut le faire, il faut pratiquer le tamponnement.

Dans les hémorrhagies du corps, le traitement est ou prophylactique, ou curatif, ou consécutif.

On se contento de l'emploi des injections chaudes et pourtant il serait logique d'administrer aux prédisposées, albuminuriques, par exemple, le seigle ergoté une fois que l'accouchement est complètement terminé.

Quand l'hémorrhagie existe, elle peut être excessivement grave, il faut tâcher de l'arrêter par les injections très chaudes

ou mieux, introduire la main dans l'utérus pour le vider des caillots et de tous les débris qu'il contient.

Dans les petites hémorrhagies, il suffit lo plus souvent do frictionner le fond de l'utérus.

Quand l'utérus a une grande tendance à l'inertie, on peut employer les injections sous-cutanées d'ergotine ou d'ergotinine et pratiquer en mémo temps des injections d'eau chaude. Dans les hémorrhagies très rebelles, il faut enfin recourir à la compression de l'aorte.

L'hémorrhagie arrêtée, on donne des boissons chaudes, de l'alcool. On comprime les membres de la femme pour refouler lo sang vers le cœur. Enfin, on pratiquo des injections de sérum artificiel dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans les veines.

Traitement des hémorrhagies causées par l'insertion vicieuse du placenta (Pinard, *Bull. méd.*, 1er avril 1896). — Si une hémorrhagio duo à uno insertion vicieuse du placenta se déclare pendant la grossesse ou pendant le travail, amenant un pouls au-dessus de 100, il faut intervenir.

Pour faire disparaître l'hémorrhagie et hâter l'expulsion du fœtus, il faut pratiquer largement la déchirure des membranes, laquelle préviendra un nouveau décollement du placenta. Le tamponnement est insuffisant, douloureux et souvent une cause d'infection.

Pour prévenir le décollement direct, il faut recourir à l'application d'un ballon incompressiblo, le ballon de Champetier, qui arrête le décollement direct, accélère le travail, permet la dilatation complèto sans engagement de la région fœtale.

Contre les hémorrhagies qui se produisent pendant la périodo de délivrance, soit avant, soit après l'expulsion du placenta, on aura recours aux injections intra-utérines prolongées avec de l'eau chaude à 48 ou 50 degrés.

Contre l'hémorrhagie très abondante ayant amoné uno anémio grave rapide, on pratiquera des injections de sérum

salé dans le tissu cellulaire, avec des doses variant de deux cents à deux mille grammes, suivant les cas.

Médecine générale.

Indications thérapeutiques de l'ichthyol (R. Romme, *Presse médicale*, 4 mars 1896). — L'auteur passe en revue les indications thérapeutiques de l'ichthyol d'après Eberson.

L'ichthyol en applications locales sous forme de pommades produit des effets très remarquables dans l'eczéma, l'acmé, l'intertrigo, les érythèmes, etc.

Il semble agir à la façon d'un véritable spécifique dans l'érysipèle, comme l'ont d'ailleurs montré Juhel-Renoy et Bolognesi.

Dans un grand nombre de métrites ou de périmétrites traitées par les applications locales d'ichthyol sous forme de tampons vaginaux imbibés d'une solution glycérinée à 10 0/0 et de frictions hypogastriques avec une pommade à 10 0/0, l'écoulement a cessé, les exsudats se sont résorbés, les douleurs ont disparu et la guérison complète a été obtenue.

Les affections internes où Eberson essaya l'ichthyol à la dose de 10 à 25 centigrammes par jour sous forme de pilules de 5 centigrammes, sont la typhlité, le rhumatisme, la goutte, les angines, la néphrite interstitielle. Dans presque tous ces cas où l'ichthyol était employé en même temps sous forme d'applications externes, les malades auraient été guéris ou considérablement améliorés.

Traitement des tuberculoses osseuses limitées par le salol iodoformé (Reynier, *Soc. de chir.*, 1er avril 1896). — L'auteur a employé dans six cas de tuberculose osseuse ce procédé par le salol iodoformé, qui semble pouvoir s'appliquer aux tuberculoses osseuses bien limitées. On fait alors une trépanation locale et un grattage de l'os, puis on remplit la cavité de salol iodoformé. Ce traitement est basé sur ce que

le salol, pouvant se liquéfier à 40°, peut se mélanger aux substances telles que l'iodoforme, le naphtol, l'aristol, etc.

Quand on a injecté du salol mélangé liquide dans une cavité osseuse malade, ce salol se liquéfie rapidement, vient combler toutes les anfractuosités de la cavité, formant ainsi comme un mastic antiseptique ; il est très bien toléré et agit comme un mastic dans le plombage des dents. L'auteur se sert, pour l'injection, de la capsule dans laquelle il fait bouillir le salol et, au moment où il verse le liquide dans la cavité osseuse, il est déjà à l'état sirupeux. Dans les cas traités ainsi, la guérison a été obtenue très rapidement.

Traitement du coma diabétique (Richardière, *Union médicale*, avril 1896). — Quand le coma diabétique est définitivement constitué, aucun traitement n'a d'action sur cette redoutable complication du diabète. Tous les moyens tentés jusqu'à ce jour (émissions sanguines, bains chauds et froids, sudations excessives, inhalations d'oxygène, transfusion sanguine) ont été impuissants. Les malades succombent fatalement lorsque le coma est à la période d'état.

Dans la période prodromique, quand il y a menace de coma, il faut d'abord suspendre le régime azoté, ou au moins en atténuer la rigueur. Il a été parfois utile de prescrire le régime lacté.

Pour prévenir le développement des accidents du coma, l'emploi des alcalins à haute dose, de bicarbonate de soude à la dose de 20 à 30 grammes dans les vingt-quatre heures, paraît donner de bons résultats en augmentant l'alcalinité du sang et en combattant les effets nuisibles de l'excès des acides.

Traitement de l'iodisme (Dr Briquet, *Sem. méd.*, 8 avril 1896). — Le docteur Briquet (d'Armentières), dans une longue revue sur l'iodisme, ses variétés, son étiologie et son traitement, formule les conclusions suivantes :

1° On ne peut éviter l'iodisme d'une façon absolue puisqu'il

s'agit là d'une idiosyncrasie que le plus souvent rien ne fait prévoir, sauf parfois les lésions rénales ;

2° Il faut renoncer à l'idée courante que les faibles doses d'iodure sont plus nocives que les doses moyennes ou fortes. Il est, au contraire, certain que plus la dose donnée d'un iodure est forte, plus le sujet est exposé à l'iodisme, et plus il est à craindre que cet iodisme ne soit sérieux ;

3° Il n'y a pas de médicament préventif de l'iodisme.

La meilleure méthode pour l'éviter — dans la mesure du possible — consiste à débuter par une faible dose (0, 50 centigrammes) que l'on augmentera graduellement ;

4° La belladone, contre les accidents naso-pharyngiens rebelles, et le bicarbonate de soude, dans les phénomènes d'iodisme grave, quels qu'ils soient, semblent être les seuls médicaments ayant fait leurs preuves.

Maladies des enfants.

Traitement de la coqueluche par le bromoforme (Marfan, *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, avril 1896). — D'après l'auteur le bromoforme est supérieur à l'antipyrine et à la belladone pour diminuer le nombre et l'intensité des quintes.

Il administre le bromoforme d'après la formule suivante :

Bromoforme........................	48 gouttes.
Huile d'amandes douces............	20 grammes.
Gomme adragante..................	2 —
Gomme arabique..................	4 —
Eau de laurier cerise...............	4 —
Eau q. s. p. f......................	120 cent. cubes.

Mélangez d'abord le bromoforme et l'huile et agitez fortement, puis ajoutez le reste.

Une cuillerée à café renferme deux gouttes de bromoforme.

Doses quotidiennes : au-dessous de 5 ans, on prescrit au

début autant de fois quatre gouttes par jour que l'enfant a d'années ;

De 5 à 10 ans, la dose quotidienne est de vingt gouttes.

On doit augmenter ces doses initiales progressivement de deux à quatre gouttes par jour jusqu'à les doubler ; on peut aller plus loin en surveillant le malade. Au-dessous de 6 mois, la dose initiale quotidienne pourra être de deux à quatre gouttes ; de 6 mois à 1 an, de trois à quatre gouttes.

Les deux ou trois premiers jours, les quintes sont plus violentes et plus nombreuses.

Le 3e ou le 4e jour, les quintes diminuent de nombre et de violence.

Les vomissements disparaissent, l'appétit revient, l'enfant atteint la fin de la période spasmodique sans incident.

S'il survient une somnolence trop accentuée, il faut suspendre l'usage du médicament.

Noix vomique et strychnine chez les enfants (Comby, *Méd. mod.*, mars 1896). — La noix vomique et la strychnine sont indiquées dans les cas de dépression, d'atonie, de paralysie du système nerveux, dans les névroses, l'épilepsie, la chorée.

Il faut s'en abstenir dans les convulsions, l'éclampsie infantile.

La strychnine est aussi indiquée dans l'asthénie cardiaque, l'asthénie pulmonaire, quelle qu'en soit la cause.

Dans le prolapsus rectal, la strychnine en injections souscutanées est également indiquée.

La noix vomique convient aux affections du tube digestif, dyspepsie atonique chronique, dyspepsie secondaire des tuberculeux et des cachectiques, dans l'atonie intestinale, avec constipation. Les douleurs vives de l'estomac ou de l'intestin contre-indiquent son emploi.

On prescrira la poudre de noix vomique à l'intérieur à la dose de 1 centigramme par jour et par année d'âge en n'allant pas au delà de dix jours.

Le sulfate de strychnine se donnera à la dose de cinq, dix, quinze milligrammes suivant l'âge et la susceptibilité du sujet en surveillant de très près les effets physiologiques.

Pour l'usage externe, les pommades ou les liniments à la teinture de noix vomique ou à la strychnine seront au 1/30.

Contre l'empoisonnement accidentel, on évacuera l'estomac par le vomitif ou par la sonde, et on prescrira les narcotiques et sédatifs du système nerveux (chloral, bromure, éther, chloroforme), et il ne faudra pas oublier que le véritable antidote de la strychnine c'est le curare, dont l'emploi thérapeutique est malheureusement exceptionnel.

Maladies de la peau et syphilis.

Applications des greffes dermo-épidermiques (Tenneson et Terrien, *Soc. de derm. et de syph.*, 12 mars 1896). — La méthode des greffes donne de bons et rapides résultats dans le cas d'ulcère de jambe et dans celui de lupus tuberculeux.

Dans le lupus tuberculeux, il faut : 1° détruire les tissus malades et obtenir une ulcération simple ; 2° greffer cette surface ainsi cruentée. La destruction du lupus pourra être obtenue de plusieurs manières : la curette tranchante ; les caustiques.

Au bout de 10 ou 15 jours, suivant les cas, l'eschare déterminée par le caustique se détache ; la place occupée par le lupus se trouve transformée en une plaie vive qui va se cicatriser vite et spontanément.

Il est préférable cependant de ne pas attendre ce résultat ; les greffes à grands ou à petits lambeaux formeront le complément de cette opération pour plusieurs raisons :

1° La cicatrisation sera plus rapide et obtenue, dans la majorité des cas, en moins de 10 ou 15 jours ;

2° On évitera les rétractions cicatricielles qui représentent un des plus sérieux inconvénients du traitement du lupus par les caustiques, surtout quand on l'applique à la face, puis-

qu'il en peut résulter de l'ectropion et le déplacement de la commissure labiale ;

3° On aura ainsi substitué de l'épiderme sain à l'ancien tissu lupique.

Résultats. — Les premières semaines, la région greffée reste un peu irrégulière et inégale, de surface raboteuse. Mais bientôt l'aspect se modifie et les tissus s'assouplissent en se régularisant. La guérison ainsi obtenue est-elle définitive ?

Pas plus que d'autres, sans doute, ce traitement ne mettra à l'abri de toute récidive ; il a du moins le mérite de donner des résultats rapides ; et si un jour des nodules lupiques reparaissent au sein même de l'épiderme greffé, ils le feront isolément, et rien ne sera plus facile que de les détruire sur place avec l'aiguille rougie du galvano-cautère.

Traitement de la gale par le baume du Pérou (Julien et Descouleurs, *Soc. Franc. de derm. et de syph.*, avril 1896). — Le baume du Pérou agit sur les acares à la façon d'un toxique. Placés au contact du baume, les acares meurent au bout de 20 à 30 minutes et les œufs sont frappés de mort.

La cinnaméine, huile volatile qui est la partie essentielle du baume du Pérou, tue le sarcopte par asphyxie à distance en même temps que par une sorte d'action corrosive.

L'application du médicament est des plus simples.

Pas de lotion savonneuse préalable ; il suffit d'étendre au pinceau une couche légère de baume et de frotter sans violence pour l'étendre sur toute la surface du corps. L'agent, par sa volatilité, pénètre facilement dans les sillons sans qu'il soit nécessaire de les déchirer. Le malade peut être enduit le soir et prend un bain de propreté le lendemain. En résumé, c'est un moyen simple, que tout malade peut aisément s'appliquer lui-même, très sûr et précis comme action, d'un prix très modéré, d'une odeur suave rappelant celle du benjoin,

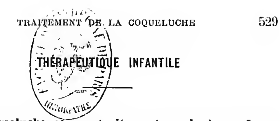
qui plait et qui est particulièrement apprécié des malades de la clientèle. Il n'y a aucune contre-indication à l'emploi du baume du Pérou.

Électrothérapie.

Traitement des coliques de plomb par l'électricité galvanique (Labadie-Lagrave et Régnier, *Rev. d'hyg. et thér.*, avril 1896). — Les auteurs ont recherché, si on peut parvenir dans la colique de plomb à amener une évacuation rapide des matières fécales par le lavement électrique, et si d'autre part en appliquant le courant de la même manière que pour l'entéralgie, on obtient la cessation des douleurs. Dans quatre cas, ils ont obtenu d'excellents effets au point de vue de l'évacuation et de la cessation des douleurs en donnant un lavement électrique suivant la technique de Boudet (de Paris). Quand on veut employer le courant galvanique pour apaiser les douleurs on procède ainsi : On place une longe électrode de zinc recouverte de peau de chamois sur les six dernières vertèbres dorsales et on la relie au pôle de l'appareil à courants continus. L'électrode négative constituée par une plaque semblable de 10 centimètres carrés est appliquée sur le creux épigastrique. On fait passer un courant stable d'une intensité de 5 à 10 Ma pendant 15 à 20 minutes. La cessation de la douleur est immédiate. Ces faits prouvent, d'après les auteurs, que l'électricité galvanique, ainsi employée, d'une grande efficacité dans la colique saturnine, est préférable aux traitements médicamenteux.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 140.6.96.



THÉRAPEUTIQUE INFANTILE

Sur la coqueluche et son traitement par le bromoforme

Par le Dr Ferreira.

S'il est une maladie contre laquelle la thérapeutique dispose d'un arsenal très opulent de médicaments, c'est sans conteste la coqueluche; tous les ans, il se montre sur la scène clinique un nouvel agent destiné à enrayer la capricieuse maladie, et une légion de praticiens en Amérique et en Europe s'empresse de recommander tantôt une ressource, tantôt une autre, comme le spécifique si recherché.

A la suite de l'invasion triomphante des doctrines microbiennes, le traitement de la coqueluche éprouva une orientation nouvelle, et de nombreuses recherches ayant semblé avoir assis comme un fait acquis l'étiologie parasitaire de la maladie, l'habitat du microbe pathogène étant constitué par la cavité laryngée, on commença de préconiser les applications périglottiques comme la ressource toute puissante contre cette laryngite spécifique, laquelle serait tout à fait vaincue avec l'extinction des germes, atteints par l'agent bactéricide dans leur réduit capital. Bouchut, avec sa clairvoyance incontestable, avait déjà loué le traitement topique dans la coqueluche, et quoique aucune recherche bactériologique ne légitimât alors l'opinion qui considérait la cavité glottique comme le siège principal de la maladie, l'éminent pédiatre français eut recours aux applications d'une solution faible d'acide phénique, agent microbicide malheureusement d'un maniement difficile dans l'enfance, à cause de l'intolérance marquée des premiers âges envers pareil antiseptique. Plus tard, des études plus ou moins

bien conduites sont venues fournir des fondements à la doctrine microbienne de la maladie, et plusieurs examens ont laissé entrevoir un germe doué de caractères particuliers, germe rencontré en grande quantité dans les matières expectorées lors des quintes coqueluchiales. Les recherches de MM. Afanasiew, de Cohn, Neumann et Ritter, qui sont arrivés même, par l'inoculation du bacille isolé, à produire sur les lapins et les chiens une affection de tout point semblable à la coqueluche, ont contribué à asseoir sur un terrain plus ferme la pathogénie parasitaire de la maladie, sans légitimer l'opinion qui établissait son siège exclusif dans le larynx, une fois que plusieurs examens eurent démontré que le micro-germe est également rencontré dans les bronches et leurs ramifications.

Moncorvo proposa de remplacer l'acide phénique, employé par Bouchut, par la résorcine, agent doué de vertus antiseptiques incontestables et aisément toléré, voire même à des doses quelque peu élevées. Les applications de résorcine sur la zone périglottique sont venues donner une impulsion appréciable à la thérapeutique de la coqueluche, en atteignant le germe pathogénique dans son habitat de prédilection.

Cependant les difficultés pratiques des badigeonnages de résorcine, l'opposition marquée de la part des enfants entre deux et sept ans, l'intolérance elle-même de la zone pharyngo-laryngée, beaucoup trop excitable chez quelques petits malades, ont mis des entraves à la vulgarisation de cette méthode de traitement, tout en donnant lieu à des contestations sérieuses de l'efficacité de ce procédé thérapeutique de la part d'auteurs d'estimable renom et de pédiatres d'une réputation hors de doute.

De là, la présentation de nouveaux agents pour combattre le mal, la recommandation de différents médicaments, dont presque tous s'attaquent à l'élément spasmo-

dique de la maladie et agissent en conséquence sur le système nerveux. La médication générale a repris à nouveau une importance saillante, et dans plusieurs sociétés scientifiques ce sujet intéressant a été l'objet de débats éclatants et chaleureux, chaque groupe de cliniciens prônant un agent médicamenteux, mettant en relief les avantages de la belladone, de l'antipyrine, des sels de quinine, etc., etc.

Dans le dernier congrès de l'*Association médicale britannique*, à propos d'une précieuse communication du Dr James Carmichael, médecin de l'hôpital des enfants d'Edimbourg, il s'engagea une éclatante et chaude discussion sur le traitement de la coqueluche, et la grande majorité des pédiâtres anglais se loua des excellents résultats obtenus de l'emploi de la belladone et de son principe actif, l'atropine. Goodhart fit même ressortir l'efficacité réelle de cet agent médicamenteux administré à hautes doses, jusqu'à dilatation des pupilles. Dans mon travail ayant pour titre : *Etudes sur la coqueluche*, je parle des avantages que procure la belladone, en tant qu'agent capable de diminuer le nombre des quintes et de raccourcir la période spasmodique de la maladie; j'y rapporte même des cas assez concluants d'améliorations et de guérisons relatifs de la maladie aux dépens de l'administration soigneuse d'une solution au millième d'atropine, à laquelle j'ai eu toujours recours, lorsqu'il ne m'a pas été possible d'employer la thérapeutique locale. Cependant, la difficulté dans le maniement d'une substance d'une activité si marquée, les dangers que peut entraîner la négligence des familles, une fois qu'on a affaire à un agent si toxique, sont bien faits pour enrayer la vulgarisation de ce médicament et pour empêcher qu'on y ait recours autrement que dans des conditions fort spéciales.

L'antipyrine peut constituer un agent auxiliaire d'une

certaine valeur, un aide du traitement, surtout lorsque les troubles nerveux sont assez marqués, mais employée seule elle ne peut être regardée comme agent curatif; nombre de faits m'autorisent à m'exprimer de cette façon, et je ne comprends pas pourquoi, en Europe, tant de cliniciens se louent des résultats obtenus de l'emploi de ce médicament.

Les sels de quinine administrés par la voie gastrique ou en injections hypodermiques ont été prônés par quelques praticiens allemands, parmi lesquels Binz, Baron et Ungar; je pense, toutefois, qu'il n'est pas d'indication rationnelle pour l'emploi de ces substances dans la coqueluche, et si ce n'est lorsqu'il s'agit de toux coqueluchoïdes, de pseudo-coqueluches provoquées par poussées d'adénopathies bronchiques, si fréquemment sous la dépendance d'infections paludéennes, je ne comprends pas que les préparations quiniques puissent être d'une réelle efficacité dans la coqueluche. En ce qui me concerne, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'avoir recours aux sels de quinine dans le cours de coqueluches compliquées de fièvres paludéennes, et jamais il ne m'a été donné de remarquer la plus insignifiante modification de la toux.

En 1887, Stepp eut l'idée d'utiliser contre la coqueluche le bromoforme, et chez 70 malades soumis à l'usage de ce médicament les résultats obtenus furent étonnants. Au bout de cinq à six jours les quintes ont perdu de leur intensité, tout en devenant moins fréquentes, et dans grand nombre de cas la toux s'est dissipée d'une façon complète au bout de quinze jours. Chez 5 malades en proie à la coqueluche depuis longtemps et traités sans profit par les différents agents thérapeutiques préconisés jusqu'à ce jour, le bromoforme a procuré des avantages frappants, la maladie a été tout à fait enrayée au bout de dix jours.

Lowenthal, en 1880, présenta une nouvelle série de cas confirmatifs des bons effets du bromoforme. En ayant

eu reeours, chez 100 eoquelueheux âgés de huit semaines à sept ans, au nouvel agent thérapeutique, l'éminent elinieien allemand a obtenu des triomphes remarquables, à ee point qu'il admet une eertaine action spéeifique du bromoforme sur la coqueluche, tant est frappante la promptitude des effets thérapeutiques et l'effieacité de ce médieament eontre les quintes eoquelucliiales, lors même qu'elles sont violentes et complexes.

Shossel s'est empressé d'essayer à la policlinique du professeur Baginsky, à Berlin, le médieament qui se présentait sous un si puissant patronage, et son stock se eompose de 13 eas qu'il a suivis jusqu'à la terminaison de la maladie.

De ces petits malades, le moins âgé avait deux mois et le plus âgé sept ans. Les résultats obtenus ont eonfirmé les eonclusions de Stepp et Lowenthal, en mettant en relief l'efficacité du bromoforme en tant qu'agent eapable d'atténuer les quintes eoqueluehiales, lesquelles devenaient moins nombreuses et moins intenses au bout de deux à huit jours de traitement. Dans un cas, Shossel a vu le nombre de paroxysmes tomber de 20 à 13 dès le deuxième jour du traitement, et ehez un autre petit malade les quintes, sous l'influence du bromoforme, de 25 se sont réduites à 8, et, ehose remarquable, l'interruption du traitement pendant quelques jours entraînait une nouvelle augmentation des quintes ; il a été par là mis hors de question que la réduetion des paroxysmes est le résultat de l'influence suspensive du médieament. Toutefois, moins optimiste que MM. Stepp et Lowenthal, Shossel n'admet pas la spéeificité du bromoforme et le regarde au plus comme un énergique antispasmodique, en agissant partieulièrement sur l'élément nerveux de l'affection.

Paul Guttmann, eité par Leonhardi, de Dresde, dans son bel article sur la coqueluche, paru dans le numéro 4 du

quarantième volume de l'*Iahrbuch, für kinderheilkunde*, se loue également du bromoforme, en s'appuyant sur les résultats obtenus dans sa clientèle privée.

En Angleterre, Burton-Fanning, après avoir eu recours au bromoforme dans 100 cas de coqueluche, a fait à l'*Association médicale britannique* une très intéressante communication sur l'efficacité du nouvel agent, invitant ses confrères pédiatres à l'essayer et affirmant avoir remporté avec l'emploi de ce médicament des avantages plus frappants qu'avec les autres agents jusqu'ici employés et usités. « Le bromoforme, affirme Burton-Fanning, atténue l'intensité et le nombre des paroxysmes et les fait même disparaître dans les cas de moyenne intensité ; il arrête les vomissements, les épistaxis et les autres hémorrhagies, et en outre amende les phénomènes bronchitiques en rendant plus facile l'expectoration ; il est un antiseptique et tout à la fois un sédatif du système nerveux. »

Encouragé par les bons résultats recueillis par des pédiatres si éminents, je n'ai pas hésité à avoir recours au bromoforme dans le traitement de la coqueluche, et la petite expansion épidémique qui a éclaté dans cette capitale pendant l'année courante m'a fourni de nombreuses occasions de l'employer avec quelque libéralité.

Ils ont été nombreux les petits malades chez lesquels je me suis servi du bromoforme, et chez tous le médicament a été parfaitement toléré, même alors que j'ai eu recours à des doses quelque peu hautes dans le but d'obtenir des résultats plus marqués, qu'une posologie craintive ne pouvait pas procurer. Cependant, vu que ce ne fut que chez douze petits malades qu'il me fut donné de suivre l'évolution de la maladie, d'apprécier la marche des résultats thérapeutiques obtenus, jusqu'à la guérison complète ou à une amélioration radicale, je me bornerai à rapporter ici 12 observations qui suffisent à justifier mes conclusions.

Mes petits malades étaient âgés depuis quatre mois, le plus jeune, jusqu'à onze ans, le plus âgé. Chez quelques-uns, la eoqueluche se eompliquait de phénomènes bronchitiques très marqués avec abondante sécrétion eatarrhale, ce qui m'a amené à employer au préalable un vomitif à l'ipéca dans le but de dégager la coqueluche et de la laisser exposée aux eoups de la thérapeutique.

Le bromoforme est, comme on le sait, un liquide clair, limpide, d'une odeur spéciale, rappelant quelque peu eelle du chloroforme, d'une saveur agréable, très soluble dans l'aleool et très peu soluble dans l'eau. Il semble être encore plus volatil que le chloroforme et, d'après les expérienees de Stepp, il est peu toxique.

Je l'administrai, en général, dans une potion, en y ajoutant de l'alcool dans la quantité suffisante pour le dissoudre. D'aecord avec l'expérienee elinique de Stepp et Lowenthal, les doses employées ont été en général de 3 à 6 gouttes par jour chez les petits malades âgés de moins d'un an et de 6 à 15 gouttes chez les enfants plus âgés.

Dans les cas violents ou opiniâtres, j'ai augmenté graduellement les doses, sans qu'il se montrât le moindre phénomène toxique ou quelque manifestation frappante de narcose, ee qui semble eonfirmer la manière de voir de Stepp et Guttmann, qui regardent le bromoforme comme un agent aisément toléré et de faible toxicité. Dans la grande majorité des cas, j'ordonnai le médicament en potion pour être épuisée au bout d'un ou deux jours, attendu que le bromoforme est extrêmement volatil et il devient nécessaire, par eette raison, d'en renouveler la formule à de petits intervalles, sous peine de faire avaler aux malades une potion à peu près inerte, ce qui bien des fois troublera complètement les résultats obtenus.

Dans la grande majorité des eas, l'effieaeité du médieament a été prompte; au bout de trois à cinq jours, les

paroxysmes de toux ont subi une atténuation sensible et leur intensité s'est réduite d'une façon appréciable.

A la suite d'une chute rapide des quintes, les améliorations se montraient quelque peu stationnaires, il devenait nécessaire d'insister sur l'administration du bromoforme, en augmentant les doses de cet agent thérapeutique. L'état général des enfants a subi des améliorations marquées et surtout les conditions psychologiques des petits malades, si déprimées chez les coquelucheux, comme on les observe ordnairement.

Cela dit, je passe à l'exposé concis des faits cliniques ;

Observation I. — L'enfant S..., âgé d'un mois, a attrapé la coqueluche par l'intermédiaire de sa sœur. Depuis huit jours, toux spasmodique, laquelle revêt les caractères des quintes, d'abord simples et avec reprise mal esquissée.

Phénomènes bronchitiques concomitants. Vomissements entraînés par les quintes. La titillation de l'épiglotte fait éclater des crises de toux caractéristiques.

Vomitif à l'ipéca.

Potion bromoformée (3 gouttes dans la journée). Au bout de trois jours, je revois l'enfant ; la mère m'annonce tout de suite les améliorations appréciables du petit malade. Les paroxysmes se sont réduits à 3 par jour et à 4 pendant la nuit, tandis qu'auparavant, ils se répétaient 10 ou 12 fois dans les vingt-quatre heures.

Le malade ne vomit plus lors des crises de toux. La potion est renouvelée, on élève la dose de bromoforme à 4 gouttes.

Les améliorations s'accentuent sous l'influence du médicament, qui est administré sans interruption ; au bout de huit jours, c'est à peine s'il persiste encore une toux légère, sans les caractères de la quinte.

Le bromoforme a été parfaitement toléré.

Obs. II. — La fillette C..., âgée de 7 ans, sœur de l'enfant de l'observation qu précède; toux depuis quinze jours, quintes

marquées avec la reprise caractéristique. Pas de bronchite. Inappétence. Œdème péri-orbitaire.

Bromoforme (6 gouttes en potion).

Atténuation notable des crises au bout de deux jours ; quintes moins nombreuses et plus écourtées. Je fais maintenir la potion bromoformée.

Au bout de dix jours, les améliorations étaient si marquées que la mère de la malade a cru devoir suspendre le traitement.

Aucun phénomène d'intolérance.

Obs. III. — La petite fille E..., âgée de 5 ans ; toux depuis quinze jours ; la toux a pris depuis quatre jours les caractères de la coqueluche.

Crises complètes avec l'inspiration sifflante caractéristique prenant fin avec l'expulsion de glaires abondantes et épaisses. Parfois vomissements provoqués par la toux. Quelque œdème périorbitaire.

Phénomènes bronchitiques marqués, qui rendent indispensable l'administration préalable d'un vomitif à l'ipéca.

Bromoforme à la dose de 6 gouttes par jour.

Au bout de trois jours, je vois à nouveau la petite malade ; elle est mieux disposée, a bonne mine, appétit plus actif. La mère me rend compte des améliorations appréciables des crises de toux. Celles-ci étaient, avant le traitement, au nombre de 6 pendant la journée et de 8 pendant la nuit, elles se sont réduites à présent à 2 pendant la journée et à 4 pendant la nuit.

Je fais insister sur la potion bromoformée.

La petite malade revient au bout de cinq jours dans de magnifiques conditions ; il ne reste que des traces de toux sans les apparences de la coqueluche.

La mère décide d'envoyer l'enfant hors de la ville, afin qu'elle se remette des suites de la maladie.

Obs. IV. — En juin de l'année courante, on amène dans

mon cabinet de consultations, une enfant âgée de trois ans, qui, dans le cours d'une infection paludéenne fébrile, avait été prise de toux avec des phénomènes catarrhaux. La bronchite ayant été combattue à l'aide de vomitifs et de potions expectorantes, la toux change de caractère, se présentant sous forme de crises entrecoupées par des sifflements et suivies du rejet par la bouche et les narines, d'une matière glaireuse, ressemblant à du blanc d'œuf. L'enfant avait des vomissements qui se montraient après les paroxysmes. L'état général a fléchi, la nutrition se troubla et la petite malade se présenta abattue et affaiblie.

Plusieurs médicaments ont été prescrits par les médecins de la localité (les parents demeuraient à Entre-Rin), sans que des périodes d'améliorations se montrassent.

En examinant l'enfant, je rencontre des râles catarrhaux peu abondants ; la titillation de l'épiglotte fait éclater des crises de toux caractéristiques, entrecoupées par des sifflements, qui établissent la signature de la maladie.

J'ai tout de suite recours à une potion avec 6 gouttes de bromoforme pour être épuisée au bout de vingt-quatre heures, et je conseille de la renouveler, aussitôt finie.

Après trois jours, l'enfant revient, les parents affirment que la toux n'est plus si fréquente ; pendant la journée surtout, l'intervalle entre les paroxysmes est considérable. Outre cela, il y a des quintes qui n'entraînent pas de vomissements.

Je fais continuer l'administration du bromoforme à la même dose.

Les améliorations s'accentuent et, au bout de six jours l'enfant peut être regardée comme délivrée de la coqueluche. Tolérance parfaite du médicament.

Obs. V. — La fillette A..., âgée de 11 ans. La coqueluche a éclaté, il y a environ vingt jours, atteignant dans peu de jours une violence marquée.

Les quintes montent à 22 dans les vingt-quatre heures, 10

pendant la journée et 12 dans la nuit; elles se montrent intenses et complexes. Les vomissements sont fréquents; la nutrition souffre d'une façon extraordinaire. L'appétit est nul. Accidents traumatiquos violents : il y a ecchymoses sous-conjonctivales, œdème marqué des joues, surtout dans les zones périorbitairos, et plaque diphtéroïde parfaitement appréciable.

L'état moral de la petite malade se montre déprimé. Ello devient peureuse et effrayée lorsquo la quinto est prochaine; elle *médite sa quinte*, d'après la phrase de Trousseau. Les crises sont extrêmement complexes; il y a différentes quintes élémentaires séparées par plusieurs reprisos, en constituant une quinte prolongéo et violente, laquelle finit par l'expulsion d'une abondanto quantité de mucosités épaisses qui sortent par la bouche et les narines.

L'examen me permet de constater des phénomènes catarrhaux marqués et généralisés. Dans le but do laisser le champ débarrassé et exposé aux coups do la thérapeutique, j'administre un vomitif qui dégage les bronches de l'abondante sécrétion qui les encombrait.

Ensuite, je prescris le bromoforme à la dose do 8 gouttes par jour.

Au bout de quatro jours, je visito la petite malade, et ce qui frappe tout de suite mon attontion, c'est la modification do sa physionomie : elle se montro encouragéo et riante, l'œdème et la bouffissure de la figure beaucoup moins accentué, ce qui démontre la diminution frappante de la violence des quintes. Les ecchymoses sous-conjonctivales tendont à se résorber. L'appétit renait.

La titillation de l'épiglotte est plus facilement tolérée et les crises de toux, qu'elle entraine, sont moins complexes, entrecoupées par un nombre moindre de sifflements.

La plaque diphtéroïde commence à se modifier.

En vue do la tolérance complète envers le bromoforme, j'élève la dose à 9 gouttes par jour.

Je revois la malade quatre jours plus tard, et il m'est alors permis de constater le progrès croissant des améliorations. La fillette se montre joyeuse, satisfaite et avec très bonne mine; l'œdème des joues et de la zone péripalpébrale s'est presque tout à fait dissipé. La plaque diphtéroïde se cicatrise rapidement. Il ne reste que des traces des ecchymoses sous-conjonctivales.

Les quintes sont très courtes, et de 22 dans les 24 heures, elles sont tombées à deux pendant la journée et 3 pendant la nuit; et celles-ci sont en outre un souvenir effacé des paroxysmes prolongés, qui tourmentaient la malade. Par la titillation de l'épiglotte, je ne parviens plus à provoquer une seule quinte.

L'appétit est bon et l'état général de la fillette reprend de la vigueur à vue d'œil.

Je fais insister sur la potion bromoformée, en élevant la dose à 10 gouttes par jour.

Au bout de trois jours le père m'affirme que la fillette se trouve tout à fait délivrée de sa coqueluche; à peine très rarement une toux fort légère. L'appétit est magnifique; la malade se montre sensiblement plus grasse et mieux nourrie.

Obs. VI. — Un petit garçon, frère de la malade de l'observation qui précède, a contracté la coqueluche de sa petite sœur. Les crises ont pris une intensité croissante et se sont accompagnées de vomissements et d'accidents traumatiques.

En vue des merveilleux résultats obtenus chez la sœur de cet enfant, le père fait préparer la même potion et la lui administre de la même façon. A bref délai, l'efficacité de la médication était saillante et la continuation de l'usage du bromoforme a produit l'extinction de la maladie dans le laps de dix jours.

Obs. VII. — Le petit garçon P..., âgé de 5 ans, est atteint de coqueluche depuis environ douze jours.

La mère lui administra à plusieurs reprises des vomitifs, qui ont procuré peu de résultats.

Elle m'apporte l'enfant, que j'examine soigneusement. Pas de bronchite. La titillation de l'épiglotte fait éclater des quintes d'une certaine intensité. On remarquo quelque œdème péri-palpébral. Un commoncement de plaque dipthéroïde.

Bromoforme à la dose de 6 gouttes.

L'enfant est vu à nouveau par moi quatro jours après. La mère m'informe alors que le petit malade a éprouvé de visibles amèliorations dans sa toux.

Pendant la nuit, il y a encore quelques quintes. La potion au bromoforme est administrèe sans interruption.

Au bout de cinq jours, la mère m'annonce que le potit garçon se trouvo délivré de la coqueluche, c'est à peine s'il reste pendant la nuit une toux très légère sans les attributs des quintes.

Obs. VIII. — L'enfant O..., âgé de quatre ans; coquoluche depuis vingt jours traitée sans profit au moyon de plusieurs médicaments. Les crises sont au nombre de 12 dans les vingt-quatre heures.

Je tâche de provoquer des quintes, qui éclatent avec assez de violence. Ecchymoses sous-conjonctivales de petites dimensions. Quelque peu de bouffissure de la figure. Plaque diphtéroïde.

Bromoforme à la dose de 6 gouttes par jour.

Au bout de cinq jours je revois le petit malade et je reste très content de savoir par la mère de l'enfant que celui-ci se trouve remarquablement mieux. Les quintes, outre qu'olles sont plus courtes et moins violentes, sont tombées à 6 dans les vingt-quatre heures.

Je fais insister sur la potion au bromoforme, laquelle a été bien tolérée.

Cinq jours plus tard les quintes s'étaient tout à fait dissipées il ne restait qu'une toux insignifiante sans les attributs des crises coqueluchiales.

Obs. IX. — La fillette E..., sœur du sujet de l'observation qui précède est atteinte de coqueluche depuis vingt jours, les quintes sont cependant moins intenses et moins nombreuses que chez son frère.

Bromoforme à la dose de 7 gouttes.

Les améliorations sont promptes et, au bout de cinq jours on constate déjà une atténuation formelle de la coqueluche, qui est complètement enrayée à l'aide du bromoforme, lequel est maintenu pendant trois jours encore.

Tolérance parfaite.

Obs. X. — Petit enfant âgé de quatre mois, attrape la coqueluche au déclin de la rougeole.

La coqueluche atteint rapidement la période sifflante; des quintes se montrent, entraînant des vomissements. L'enfant maigrit d'une façon marquée.

Je suis mandé le huitième jour de la maladie. Un confrère avait ordonné le sirop de Dessesartz.

L'intromission du doigt dans l'arrière-gorge fait éclater des paroxysmes de toux avec le sifflement caractéristique.

Je prescris le bromoforme à la dose de 3 gouttes.

Au bout de trois jours je visite la petite malade, et les parents m'affirment, très satisfaits, que la toux s'est atténuée. Les quintes sont plus rares et plus courtes.

Je maintiens l'usage du bromoforme.

Les améliorations deviennent plus marquées et, au bout de huit jours, la coqueluche peut être considérée éteinte.

Obs. XI. — Un garçon, âgé de sept ans, est atteint depuis environ dix jours d'une toux spasmodique, qui se reproduit sous forme de crises, accompagnées d'abondante expectoration et entrecoupées dernièrement par un sifflement appréciable. Après l'usage de différents médicaments, qui ne produisent pas d'effets sensibles, la mère m'amène le malade.

Mon examen permet de constater la bouffissure des régions péripalpébrales et commencement de plaque diphthéroïde.

L'exploration de la région laryngéo réveille des quintes caractéristiques, qui me fournissent la sûreté qu'il s'agit là de la coquolucho.

Les quintes, d'après les renseignements de la mère, se reproduisent 5-6 fois pendant la journée et 6-8 fois dans la nuit; pas de vomissements.

Je prescris la potion au bromoforme (8 gouttes).

Au bout de quatre jours, on constate des améliorations appréciables, qui se traduisent par la moindre fréquence des quintes, lesquelles sont aussi plus faibles et moins prolongées.

Je fais insister sur l'usage du bromoforme.

Six jours après, la coqueluche se montrait réduite à une légère toux, tout à fait dépourvue des caractères classiques. La bouffissure de la figure s'était évanouie et la plaque diphtéroïde s'était cicatrisée.

Obs. XII. — Un petit garçon âgé do cinq ans, frère de l'enfant qui précède, a été pris depuis huit jours de toux, laquelle a graduellement revêtu les caractères habituels de la coqueluche.

Il y a des quintes pas trop violentes, entraînant parfois des vomissements. La titillation de l'épiglotte réveille des crises.

Jo fais administrer le bromophorme à la dose de 6 gouttes.

Au bout de trois jours, la mère m'informe que l'enfant tousse moins et qu'il n'y a plus do vomissements.

Le bromoforme est maintenu.

Cinq jours plus tard je revois le petit malade qui se montro bien disposé et joyeux; l'exploration de la région épiglottique n'entraîne plus de quintes. C'est à peine s'il reste des tracos de coqueluche.

Tolérance parfaite du médicament.

Voici les faits cliniques, bien démonstratifs de l'influence curative du bromoforme dans la coqueluche. L'atténuation et la réduction des quintes eurent toujours lieu et avec une rapidité indiscutable. Dans la généralité des cas, on pouvait

regarder comme complète la guérison au bout de six à douze jours. Bien des fois, au bout de deux à trois jours, les paroxysmes de toux éprouvaient une réduction extraordinaire, ils tombaient au tiers ou à la moitié de la fréquence antérieure. La toux qui survivait et qui se prolongeait dans la suite, la *queue* de la coqueluche, d'après le dire de Guéneau de Mussy, ne conservait plus la caractéristique de la coqueluche, elle n'était que le souvenir de la maladie, ce qui s'observe d'ailleurs même après les médicaments les plus efficaces et que j'ai remarqué à plusieurs reprises à la suite des applications de résorcine, lorsque celles-ci procurent des avantages prompts et décisifs, qui représentent des guérisons réelles. Il semble que l'organisme reste entaché d'une habitude pathologique, qui se reproduit d'une façon effacée lorsque les petits malades contractent une laryngite ou une bronchite *à frigore*, la toux non spécifique revêtant des traits suspects, lesquels ne sont plus la maladie primitive, mais représentent un souvenir lointain de la coqueluche.

Comme je l'ai signalé, le bromoforme a toujours été bien toléré, soit par l'appareil digestif, soit par l'organisme tout entier. C'est là un avantage d'une haute portée et qui recommande beaucoup le médicament.

En ce qui concerne la manière d'agir de cet agent thérapeutique, Stepp croit qu'il se décompose dans l'organisme, se transformant en brome libre, qui est exhalé par les voies respiratoires, et par là, il agit d'une façon directe sur les micro-germes pathogènes de la coqueluche.

A mon avis, l'hypothèse plus acceptable, c'est qu'une partie du bromoforme agit en déprimant l'excitabilité du système nerveux et en atténuant par là les phénomènes spasmodiques de la coqueluche et qu'une faible partie est décomposée, le brome agissant comme germicide sur les microgermes de la coqueluche. Cette double action expliquerait

d'une façon satisfaisante l'efficacité incontestable du médicament.

De ce que je viens de dire et de ce qui découle de mon expérience clinique, je me considère autorisé à déduire les conclusions que voici :

1° Dans les cas d'insuccès de la médication topique ou toutes les fois que les badigeonnages périglottiques avec des solutions germicides ne seront pas praticables, il nous faudra avoir recours aux agents de la thérapeutique générale, lesquels peuvent être efficaces et procurer des améliorations radicales, voire même la guérison chez les malades atteints de coqueluche moyenne et même d'hypercoqueluche ;

2° Les préparations de belladone à des doses intensives, et surtout l'atropine, exercent une influence réelle sur la coqueluche ; ils sont nombreux les faits signalés surtout par les praticiens anglais et américains, qui démontrent que ces agents jouissent d'une efficacité marquée contre les quintes coqueluchiales. La difficulté du maniement et les dangers qui entourent l'administration de médicaments incontestablement assez toxiques entravent néanmoins leur vulgarisation et s'opposent à ce qu'ils entrent dans la pratique journalière ;

3° Le bromoforme, s'il ne les surpasse pas, peut être mis à côté de la belladone et de l'atropine, dans l'activité thérapeutique contre la coqueluche. Ce médicament agit promptement et atténue d'une façon très nette les quintes, en procurant des améliorations radicales dans grand nombre de cas et voire la guérison, une fois qu'on le manie avec énergie et d'accord avec l'intensité de la maladie ;

4° Le bromoforme est d'une administration facile dans l'enfance dès les plus tendres âges, et l'organisme des enfants le tolère d'une façon étonnante, d'après ce qu ressort de l'observation des cliniciens allemands, corroborée par mon expérience personnelle ;

5° Par sa double action sédative et antiseptique, le bromoforme remplit les deux indications capitales, qui se présentent au clinicien dans le traitement de la coqueluche : combattre l'élément spasmodique et s'attaquer aux germes producteurs de l'affection ;

6° Le bromoforme doit être essayé *larga manu*, en vue des excellents résultats qui découlent de son emploi ; il est destiné à occuper une place importante dans le groupe des médicaments qui exercent une influence réelle sur la coqueluche.

HOPITAL DE LA PITIÉ — LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE

TREIZIÈME LEÇON

Traitement des dyspepsies,

Rôle de la pepsine dans la thérapeutique des dyspepsies

Par M. Albert Robin,
De l'Académie de médecine.

I

La pepsine a joué autrefois un rôle considérable dans le traitement des maladies d'estomac, tandis qu'aujourd'hui ce rôle est à peu près nul, la pepsine étant abandonnée par la majorité des praticiens. Peut-être est-il utile d'étudier à nouveau cette question qui semblait résolue ; la pepsine mérite-t-elle la défaveur où elle est tombée à l'heure actuelle ? Sans aller jusqu'à l'enthousiasme des temps passés, ne peut-on essayer de réhabiliter ce médicament déchu ? Ce sont les points que je vais examiner aujourd'hui.

Quand, en 1854, Corvisart introduisit la pepsine en thé-

rapeutique, la confiance accordée au nouveau médicament fut telle qu'on fonda sur lui les plus grandes espérances ; on alla jusqu'à dire ce mot : « Avec la pepsine, maintenant, on peut se passer d'estomac ». C'est qu'en effet, cette conception neuve des ferments solubles avait ouvert des horizons nouveaux sur le mécanisme de la digestion, et la pepsine semblait avoir une importance de premier ordre, le rôle de l'acide du suc gastrique passant au second plan. Les choses ont bien changé depuis Corvisart ; M. de Beurmann a fait le relevé des quantités de pepsine consommée dans les hôpitaux.

Les chiffres qu'il donne montrent bien la décadence actuelle de la pepsine, car la pratique des hôpitaux s'est rapidement répercutée dans la pratique de la ville, et dans les officines des pharmaciens, les quantités de pepsine vendues sont aussi minimes qu'elles étaient considérables autrefois.

Quelle est la cause de cet amoindrissement énorme du rôle que jouait autrefois la pepsine ?

Un certain nombre d'arguments ont été mis en avant par les adversaires de la pepsine.

Le premier de ces arguments, c'est que la pepsine et l'acide chlorhydrique sont deux produits de sécrétion engendrés d'une manière connexe ; l'un ne va pas sans l'autre ; qui juge la sécrétion de l'acide chlorhydrique juge aussi la production de la pepsine. Aussi, dans les recherches chimiques de ces dernières années, ne s'est-on nullement occupé de la pepsine ; les diverses méthodes d'examen du suc gastrique ne comportent pas sa recherche ; la pratique des digestions artificielles est abandonnée ; c'est la recherche de l'acide chlorhydrique qui domine tout.

M. Bourget (de Lausanne), au congrès de Lyon de 1894, est venu apporter à l'appui de cette manière de voir des arguments importants.

M. Bourget pose en principe que, dans les estomacs les plus malades, même dans les cas de cancer ou de gastrite chronique invétérée, la pepsine ne manque pour ainsi dire jamais. — Dès lors, à quoi bon en ajouter ?

Bien plus, en admettant même qu'elle manquât, il serait encore inutile d'en introduire dans l'estomac, les digestions artificielles *in vitro* ayant montré à M. Bourget que la pepsine est plutôt gênante ; elle trouble le liquide et ne sert en rien à la digestion.

MM. Heidenhain et Ebstein sont arrivés de leur côté à des conclusions analogues ; pour ces auteurs, la muqueuse stomacale ne fabrique pas de pepsine, mais elle sécrète un produit spécial, dit propepsine, qui secondairement, sous l'influence de l'acide chlorhydrique, se transforme en pepsine. Or, s'il peut arriver quelquefois que la pepsine manque dans l'estomac, par contre, la propepsine ne manque jamais ; il suffit donc, dans un estomac pauvre en pepsine, d'ajouter de l'acide chlorhydrique ; il est absolument inutile d'y mettre directement de la pepsine.

Après les trois arguments que je viens de vous exposer, il peut sembler bien téméraire de rendre à la pepsine un rôle en thérapeutique, et c'est pourtant ce que je vais faire ; je n'hésite pas à le déclarer : la pepsine constitue dans certains cas un médicament admirable, et on aurait absolument tort de la proscrire de notre arsenal médicamenteux.

Aux arguments des adversaires de la pepsine, je vais répondre par des objections qui sembleront peut-être moins scientifiques d'allures, mais qui sont le résultat de ce que m'a enseigné la pratique, et qui, par suite, indépendamment de toute théorie, ont la valeur de faits.

Pour ce qui concerne tout d'abord le premier argument invoqué, il tombe de lui-même devant les constatations suivantes que j'ai faites bien des fois.

Dans les fièvres, quelle qu'en soit la nature, la sécrétion

de l'acide chlorhydrique s'arrête, et pourtant, dans ces conditions, la pepsine se rencontre encore dans l'estomac; chez les tuberculeux en particulier, chez lesquels, comme je vous l'ai montré, la dyspepsie des périodes initiales est presque toujours une hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie, lorsqu'il survient un accès fébrile, la fonction chlorhydrique se suspend, mais la fonction peptique continue. Il est donc bien certain, contrairement à l'opinion courante, qu'en jugeant de l'acide chlorhydrique, on ne juge pas de la pepsine.

D'ailleurs, un certain nombre d'histologistes, et au premier rang de ceux-ci M. Renaut, de Lyon, sont d'avis que la sécrétion de la pepsine et celle de l'acide chlorhydrique ne se passent pas dans la même cellule, peut-être pas dans la même glande; ce n'est pas encore une opinion ferme et définitive; pourtant, cette manière de voir n'en a pas moins son importance.

Enfin, ne sait-on pas depuis longtemps que les variations de l'acide chlorhydrique n'impliquent pas des variations parallèles de la pepsine.

Aux conclusions de M. Bourget concernant l'inutilité de la pepsine dans les digestions artificielles *in vitro*, j'oppose les conclusions exactement inverses auxquelles m'a conduit l'étude des malades traités avec la pepsine; que celle-ci soit inutile dans les digestions artificielles de laboratoire, c'est possible, mais quand la digestion se passe dans l'estomac, il n'en est plus de même; par exemple, dans la dyspepsie infantile, l'acide lactique donne des résultats bien différents, suivant qu'on lui associe ou non la pepsine. De même, quand on est en présence de gastrites chroniques, qu'on n'a plus l'espérance de réveiller par des médicaments appropriés les fonctions stomacales, il faut se servir de l'estomac pour y faire de véritables digestions artificielles. Or, j'ai essayé d'employer l'acide chlorhydrique seul et je n'ai

jamais réussi aussi évidemment, aussi complètement que dans les cas où j'ai associé la pepsine et l'acide chlorhydrique. Voilà une expérimentation qui répond aussi bien aux arguments de Heindenhain qu'à ceux de M. Bourget.

Le rôle de la pepsine en thérapeutique n'est donc pas aussi terminé qu'on voudrait le faire croire.

L'examen des urines à ce point de vue donne des renseignements de premier ordre. Dès 1861, Brucke avait constaté l'existence dans certaines urines de ferments solubles capables de digérer la fibrine et très assimilables à la pepsine. Ce fait fondamental mérite qu'on s'y arrête. D'après ce que j'ai observé dans cet ordre d'idées, nous sommes tous pepsinuriques; tous nous avons, dans nos urines, un ferment soluble analogue à la pepsine; mais ce ferment n'existe pas dans l'urine d'une manière continue; on le rencontre le matin à jeun, à midi, à sept heures; au contraire, immédiatement après les repas, on ne le trouve plus.

Donc la matière qui sert à fabriquer la pepsine est produite constamment par l'organisme; dès qu'on mange, l'estomac utilise ce produit et on cesse de le perdre par la sécrétion rénale.

En faisant ces recherches, je me suis trouvé en présence de deux sortes d'anomalies.

J'ai rencontré des dyspeptiques ayant une pepsinurie continue, aussi bien après qu'avant leurs repas; ces malades, perdant constamment leur pepsine, sont donc dans de mauvaises conditions pour l'utiliser par leur estomac.

Inversement d'autres malades n'ont jamais de pepsinurie : ils fabriquent peu de pepsine.

Dans ces deux cas, l'administration de la pepsine semble devoir rendre de grands services; nous sommes ainsi conduits à admettre, en plus des trois formes de dyspepsies déjà décrites, une quatrième forme, la *dyspepsie par défaut de pepsine* (perte continue ou non-formation de pepsine).

Si on y joint les gastrites chroniques, on voit qu'il y a trois indications bien nettes permettant d'employer la pepsine d'une manière rationnelle.

II

Comment devons-nous donner ce médicament? Il y a bien des années est apparue dans la science la doctrine des *pepsinogènes;* il y aurait des médicaments et des aliments jouissant de la propriété de favoriser la formation de la pepsine; les théories les plus diverses ont été édifiées sur ce point. Sans entrer dans tous ces détails, qu'il me suffise de dire que les pepsinogènes existent bien certainement; les expériences d'Herzen sur un individu atteint de fistule gastrique ne permettent pas d'en douter.

Il est à coup sûr préférable d'employer les pepsinogènes que d'ajouter directement de la pepsine dans l'estomac. Parmi ceux dont l'action est le mieux démontrée, il y a *le bouillon*, pepsinogène admirable, qui, malheureusement, sous l'influence des fausses idées régnantes, a été frappé d'un véritable ostracisme contre lequel je proteste absolument; non seulement le bouillon est un pepsinogène, mais de plus il est encore un peptogène. M. Dastre a montré récemment que certaines solutions salines sont capables de digérer la fibrine; les sels auxquels M. Dastre reconnaît le plus d'activité se retrouvent précisément dans le bouillon.

Les petits pois, les os, la gélatine, les dextrines du pain grillé, les fromages secs sont également, d'après mon expérience personnelle, d'excellents pepsinogènes.

Inversement, il est des aliments ou des médicaments qui ont un rôle antipepsinogène indubitable; tels les amylacés (pain non grillé), les glucoses, toutes les préparations gommeuses, le café en solution concentrée.

Quelle pepsine faut-il employer? Toutes les pepsines du

commerce peuvent servir à condition qu'elles soient fraîchement préparées : c'est là un point très important.

En outre, il est important que le titre exact de la pepsine employée soit bien établi. Il existe, en effet, dans le commerce une quantité de pepsines très variables au point de vue de leur puissance, comme aussi de leur forme. Les formes les plus communes sont la pepsine extractive, sorte de confiture jaune bien soluble, la pepsine en paillettes qui n'est autre chose que la précédente desséchée à l'étuve et à basse température, et enfin la pepsine amylacée, obtenue en traitant la pepsine extractive de manière à en faire une poudre par son mélange avec de l'amidon. Toutes ces pepsines ont des titres variant entre 20 et 100, ce qui veut dire que 1 de pepsine, mis en présence de fibrine dans une petite quantité d'eau acidulée au millième d'acide chlorhydrique, et maintenue à l'étuve à 38° ou 39° pendant douze heures, est capable de transformer complètement en peptones 20 à 100 de fibrine.

Dans la pratique, le titre acceptable de la pepsine est au moins 50 et la dose formulée doit naturellement être proportionnée à l'importance de la quantité d'aliments ingérés. On peut dire que les doses indiquées par les formulaires sont toujours trop faibles. En conséquence, le médecin doit avoir soin de désigner dans sa prescription le titre de la pepsine que doit délivrer le pharmacien. Je suis convaincu que les insuccès constatés dans beaucoup d'expérimentations sont dus à ce que le médecin ne se préoccupe pas assez de ce côté cependant très important de la question et l'abandonne trop volontiers aux pharmaciens qui eux-mêmes n'ont qu'une idée assez confuse des qualités que doit présenter la pepsine réellement médicinale.

Dans les prescriptions, la forme n'est pas indifférente, c'est ainsi que la pepsine extractive doit être réservée aux préparations liquides, tandis que la forme en paillettes servira

à faire les cachets ; quant à la pepsine amylacée, c'est une forme surannée qui devrait être bannie de la pratique.

La pepsine peut être prescrite sous forme de sirop, d'élixir ou de vin, de cachets. Dans les dyspepsies hypersthéniques l'emploi de l'alcool est contre-indiqué ; de même pour les dyspepsies avec fermentation acétique.

Il ne faut pas donner de sucre aux dyspeptiques qui fabriquent de l'acide lactique. Par suite, le sirop de pepsine sera réservé aux dyspepsies hypersthéniques sans fermentations lactiques, le vin et l'élixir de pepsine aux dyspepsies par insuffisance sans fermentation acétique, les cachets aux dyspepsies avec fermentation acétique ou lactique ou aux hypersthénies gastriques.

Cachets de pepsine. — Il faut employer une dose de pepsine suffisante, de 0,50 à 1 gramme, et lui associer de la *maltine* ou diastase (0,10 à 0,15). Le cachet sera donné, non pas avant le repas, ce serait inutile, non pas non plus à la fin du repas (il faut laisser à la pepsine le temps d'agir), mais au *milieu* du repas.

Une bonne méthode consiste à associer la pancréatine à la pepsine et à la diastase, la dose est de 0,15 à 0,30 environ par repas ; mais, il faut se souvenir que la pancréatine est tuée par son séjour en milieu acide, il est donc nécessaire de la donner en pilules kératinisées, de façon à assurer son passage impunément dans l'estomac. Une fois arrivée dans l'intestin, c'est-à-dire en milieu alcalin, la kératine se dissout et libère la pancréatine.

Sirop de pepsine. — Prendre 6 grammes de pepsine ; les dissoudre à froid dans 20 grammes d'eau ; laisser reposer deux heures ; filtrer. Ajouter le liquide ainsi préparé dans 70 grammes de sirop de cerises ; agiter ; ajouter quatre gouttes d'acide chlorhydrique.

Donner 1 cuillerée à soupe de ce sirop au milicu des rcpas.

Elixir de pepsine. — Dissoudrc 6 grammes de pepsine dans 24 grammes d'eau. Ajouter 30 grammes dc sucre cn ehauffant à 32°. Ajouter ensuite 54 grammes de vin de Luncl (avee précaution), puis 12 grammes d'aleool à 33° (douecment, goutte à goutte). Enfin quatre gouttes d'acide ehlorhydrique.

A propos dcs élixirs de pepsinc, il est utile de dire quelques mots de l'aetion de l'alcool sur lc ferment. On a, en effct, aecusé les élixirs d'être des préparations inactives en raison de l'inhibition provoquée par l'aleool sur la pepsine. M. Bardet, auqucl on doit un bon travail sur ee ferment, publié cn 1886 dans le journal *Les Nouveaux Remèdes*, a fait justiee de cette crreur physiologique; il a montré que des extraits faits avec des élixirs conservaient toute lcur puissance digcstive ct que, pour tuer la pepsine, il était néeessaire de la mettre dans l'aleool fort. On sait, du reste, quc les digestions normales ne sont entravées, par l'aleool absorbé, que si la quantité est tellc qu'il y a une véritable intoxication et l'on sait également que l'aleool à pctitcs doscs est un hypcrsthénique. Il serait donc exagéré dc prétendrc quc les élixirs dc pepsine ne doivcnt pas ètre employés; ils représentent, au contraire, unc cxcellentc formc dans les eas d'hypersthénie gastriquc.

Bien cntcndu, il faut absolument éviter de donner en mêmc temps que ees préparations un des médieaments qui sont les antagonistes dc la pcpsinc, parmis lesquels je vous eiterai : la eréosote, le ehloral, le sublimé, le tannin, l'aeide galliquc, les sels de fer solubles, l'atropine, le phénol.

Si l'on est forcé d'avoir recours à ees médicamcnts, il faut les donner loin des rcpas ; ct, dans tous lcs cas, il faut éviter de les cmployer toutes les fois qu'on soupçonne une insuffisanee peptique.

Arrivé à la fin de cette leçon, j'espère vous avoir démontré, messieurs, que la pepsine n'est pas un aussi déplorable médicament qu'on a tendance à le dire ; elle rend des services incontestables ; elle a des indications formelles ; entre l'enthousiasme exagéré de Corvisart et le mépris actuel non moins exagéré, il y a place pour une opinion mixte qui est celle dont je vous ai entretenu aujourd'hui.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Opothérapie thyroïdienne et prostatique dans l'hypertrophie de la prostate (Dr Bazy, *Press. méd.* du 29 fév. 1896). — L'auteur a essayé le traitement de l'hypertrophie prostatique par l'ingestion de corps thyroïde chez un homme de soixante-six ans porteur d'une prostate volumineuse, obligé de se sonder pour uriner.

Pendant vingt jours, du corps thyroïde de mouton, cru, haché, fut donné à la dose de 5 à 12 grammes par jour sans qu'il se soit produit de mauvais effet et le malade, grâce à cette médication, a pu uriner spontanément sans le secours de la sonde et l'auteur pense qu'il y a eu une relation entre le retour de la miction naturelle et la médication thyroïdienne, et ce résultat positif engage à essayer de nouveau le traitement de la rétention d'origine prostato-vésicale par l'ingestion de corps thyroïde. M. Bazy a essayé la médication prostatique au moyen de prostates de chevaux entiers. Il a utilisé une poudre préparée par M. Berthond, pharmacien en chef de Bicêtre, en faisant dessécher les prostates à l'étuve à 37° ainsi que les vésicules séminales et la terminaison des canaux déférents du cheval très volumineux au voisinage de la prostate et desséchés de la même façon ; des extraits glycéri-

nés ont été aussi préparés. L'auteur a administré ces différentes préparations à un homme de einquante-quatre ans porteur d'une prostate velumineuse, eongestionnée et saignant faeilement, et qui, depuis quatre ans, n'avait pas uriné une seule fois sans sonde. Le traitement a été fait pendant douze jours et le malade a pris 7 prostates, 7 appareils vésiculo-déforentiels en poudre ou en extrait. Lo résultat a été uno faeilité plus grande dans le passago de la sondo et l'éloignement des besoins d'uriner. Mais ces préparations étaient mal tolérées par l'estemae et ont été refusées par un autre malade. Reinest a essayé ee traitement avec un eertain succès et employait des domi-prostates de taureau. M. Bazy eonelut en ee qui eoneerno l'opethérapie do l'hypertrephie prostatique :

En somme, les moyens que nous avons aetuellement à notre disposition, pour appliquer l'opothérapio prostatique, ne paraissent pas trop pratiques, de telle sorte que l'essai n'en est pas faeile.

La médicatien thyroïdienno est plus simple, facile à appliquer et mériterait d'être essayée.

Des sondes à demeure (Dr H. Rebbe, *Policlinique de Bruxelles*, 1er mars 1896). — L'auteur passe en revue les différents proeédés employés pour obtenir une fixatien centinue des sendes : le proeédé qui consiste à maintenir la sonde en plaee au moyen de fils attaehés à l'instrument, à la verge et aux poils du pubis ; le système de Pezzer et l'appareil de Malécot, le proeédé de la muselière, qui sont bien connus. Veiei le moyen fert simple employé par l'auteur lui-même.

On se sert d'une sonde suivant le modèle de Nélaton, en gomme flexible, de gresseur variable suivant les eas. On déeoupe dans une feuille d'ouate, d'une épaisseur uniforme de quelques millimètres, une rondelle de 15 centimètres de diamètre.

On peut se servir aussi de gaze iedoformée en 3 eu 4 doubles. On pratique au centre de la rendelle une petite beuten-

nière permettant exactement le passage de la sonde. La sonde est préalablement introduite à la profondeur voulue ; on note du doigt le point qui correspond au méat, on retire la sonde et on glisse la rondelle jusqu'à ce point. On la rabat ensuite en forme d'entonnoir autour de la sonde, le sommet de l'entonnoir étant dirigé vers l'extrémité libre ; à l'aide d'un fil de soie, on fixe par deux ou trois tours le sommet du petit capuchon à la sonde. Cela fait, on réintroduit l'instrument et lorsque la rondelle touche le méat, on la rabat en capuchon sur le gland qu'elle doit recouvrir complètement et dépasser de 2 centimètres environ. Il suffit alors, pour maintenir le tout en place, de mettre immédiatement en arrière du gland, dans le sillon balano-préputial, un de ces petits élastiques que l'on trouve partout et dont on se sert communément pour entourer les boîtes d'échantillons. Ce procédé de fixation a constamment donné de bons résultats.

Traitement de l'hallux valgus (Kirmisson et Delbet, *Soc. de Chir.*, séance du 26 février 1896). — M. Kirmisson fait un rapport sur une observation d'hallux valgus (déformation du gros orteil qui se porte en dehors), cas pour lequel M. Delbet a eu recours à un procédé opératoire un peu spécial. Il s'agit d'une femme de 33 ans, atteinte d'un hallux valgus double, remontant à l'enfance, et l'intervention fut la suivante :

Ouverture de l'articulation, résection de l'exostose de la tête du premier métatarsien permettant de remettre la phalange dans l'axe du métatarsien. Mais, malgré cette résection, la réduction ne se maintenait pas, l'irréductibilité étant due à ce que le tendon du long extenseur du pouce sous-tendait à la façon d'une corde l'arc formé par le métatarsien et la phalange déviés en dehors. Le tendon fut ramené à la partie interne du métatarsien et y fut fixé par la constitution d'une gaine périostique et fibreuse autour de ce tendon.

M. Kirmisson rappelle qu'on a successivement proposé comme traitement de l'hallux valgus :

Le procédé d'Ogston, résection de l'exostose du métatarsien.

Le procédé de Riedel, résection de l'exostose du métatarsien.

Le procédé de Reverdin, résection totale et ostéotomie rectiligne ou cunéiforme du métatarsien. Ces divers procédés peuvent convenir à des cas différents, excepté celui de Riedel qui est illogique.

Le procédé de Delbet comprend deux temps : 1° résection partielle de la tête ; 2° fixation du long extenseur à la partie interne de la tête du métatarsien. La résection partielle a été faite et recommandée par G. Fowler. La fixation du tendon du long extenseur à la partie interne de l'os dans une sorte de gaine est un point nouveau, original et entièrement dû à Delbet. Dans certains cas graves par l'étendue des lésions, on pourra donc avoir recours à ce procédé.

Traitement précoce des tumeurs blanches (Bilhaut, *Bull. de la Pol. de l'Hôp. int.*, mars 1896). — Au point de vue du traitement, l'auteur formule les conclusions suivantes :

Il est de rigueur de faire un diagnostic aussi hâtif que possible et de soumettre rigoureusement le patient aux procédés dits de conservation : extension continue réelle, immobilisation complète avec ou sans révulsion ;

La méthode sclerogène ne semble pas avoir tenu ses promesses.

L'igniponcture profonde ou superficielle est un moyen infidèle.

Les procédés de conservation ne sont réellement efficaces que dans la période initiale.

Dans le stade des attitudes vicieuses, le traitement chirurgical seul est rationnel. Il consiste dans la large ouverture de l'articulation malade et le nettoyage complet des tissus fongueux par une dissection minutieuse.

S'il existe des lésions du squelette, le traitement sera com-

plété par l'évidement des os et au besoin par la résection.

Cette dernière opération sera faite par la méthode sous-périostée.

L'intervention chirurgicale sera aseptique et non antiseptique, précoce et complète. Cette méthode est seule de nature à préserver l'organisme de l'infection ultérieure et d'assurer parfois à l'articulation atteinte le retour au fonctionnement physiologique qui lui est dévolu. L'intervention chirurgicale a un quantum de gravité moindre que l'expectation.

Les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale bien faite sont supérieurs à ceux qui accompagnent l'ankylose spontanée.

Médecine générale.

Le myrtol en injections hypodermiques (Artault, *Rev. de Thér.*, mars 1896). — Se souvenant que Gubler avait autrefois préconisé le myrtol contre les sécrétions catarrhales des muqueuses bronchiques et autres, l'auteur fit préparer des solutions huileuses de ce produit pour en faire des injections intra-musculaires.

Contre les catarrhes simples avec emphysème et sécrétions muco-purulentes abondantes, la dilatation bronchique, la gangrène pulmonaire, on peut employer la solution suivante :

Myrtol................................	10 grammes.
Huile d'olives stérilisée, q. s. p. f....	100 cent. cubes.

On en injecte de 5 à 10 centimètres cubes dans les vingt-quatre heures, en une ou deux fois, profondément dans la masse des fessiers, après antisepsie minutieuse de la région. Chez les tuberculeux à crachats abondants et purulents, l'auteur associe le myrtol au guaïacol :

Guaïacol.............................	10 grammes.
Myrtol................................	10 —
Huile d'olives stérilisée, q. s. pour...	100 cent. cubes.

On en injecte de 2 à 10 centimètres cubes, suivant la résistance du malade à la réaction.

L'auteur s'est très bien trouvé de l'emploi de cette substance, dont il se sert depuis deux ans et qui remplace avantageusement l'eucalyptol.

Maladies du cœur et des voies respiratoires.

Traitement des endocardites infectieuses (Plicque, *Pres. Méd.*, 18 mars 1896). — Dans la forme cardiaque, les ventouses sèches ou scarifiées, l'application d'une vessie de glace sur le cœur, constituent les meilleurs moyens de calmer la dyspnée, l'angoisse et l'oppression. Se défier des injections de morphine.

Dans les formes à accidents généraux prédominants, les frictions mercurielles sur la région précordiale semblent plus utiles que la révulsion.

Dans la balnéothérapie, on n'emploiera que des bains très courts de trois à quatre minutes, sans attendre le grand frisson qui survient en général au bout de huit à dix minutes.

La température initiale sera de 34° pour être ramenée ensuite à 27 ou 28°. Affusions de 8 à 10° sur la tête et la nuque. Le traitement interne comprend trois ordres de moyens : le régime lacté, l'alcool, la quinine ou l'acide salicylique.

Les inhalations d'oxygène en quantité considérable, 100 litres et plus par jour, sont un bon adjuvant.

On donnera le lait en aussi grande quantité que possible, l'alcool sous toutes ses formes, le sulfate de quinine à la dose de 80 centigrammes à 1 gramme par jour, l'acide salicylique à la dose de $1^{gr},50$ à 2 grammes par jour.

Si les antiseptiques augmentent la dépression cardiaque, on les remplacera par la teinture de digitale donnée à la dose de XX à XL gouttes par jour.

Traitement des endométrites gravidiques (Bué, *Pres. Méd.* 18 mars 1896). — L'idéal est le traitement prophylactique

possible quand on est consulté en temps opportun. Il faut traiter l'endométrite d'abord localement (cautérisation, curettage) et ensuite, si elle dépend d'une intoxication, d'une infection générale, c'est à celle-ci que l'on doit s'attaquer. Si la grossesse est commencée, il faut parer aux accidents.

En cas d'hydrorrhée, ordonner le repos absolu ; de même s'il y a des hémorrhagies ; on y adjoindra les injections chaudes sous faible pression. Y a-t-il des douleurs, des menaces d'avortement, les opiacés sont indiqués (injections de morphine, lavements laudanisés, etc.) tant que l'œuf sera intact.

En cas contraire, il faut vider l'utérus.

Pendant l'accouchement, il faudra combattre les hémorrhagies, rompre les membranes trop résistantes, dilater le col artificiellement.

Il faudra surveiller la délivrance ; recourir au besoin à la délivrance artificielle et, dans toutes ces opérations, être aseptique et antiseptique. Pendant les suites des couches, s'il y a des accidents de rétention, le traitement devra être dirigé en conséquence et le plus sûr mode thérapeutique est un curettage pratiqué d'une façon complète et un pansement de la cavité utérine avec la gaze iodoformée.

Maladies du tube digestif.

Traitement du cancer du rectum. Procédé nouveau d'extirpation totale abdomino-rectale. (Gaudier, *Soc. de chir.*, 25 mars 1896). — M. Quénu, au nom de l'auteur, lit un rapport sur un nouveau procédé de traitement du cancer du rectum par l'extirpation totale abdomino-rectale. L'auteur extirpe tout le rectum et la partie attenante de l'anse oméga et fait un anus iliaque définitif.

Temps de l'opération de Gaudier :

1er temps. — Laparotomie médiane et pénétration dans le petit bassin pour attirer dans le champ opératoire l'anse oméga. Recherche des limites supérieures du mal et section

du gros intestin après double ligature de la partie inférieure de l'S iliaque. On place ensuite un clan sur le méso-côlon et le méso-rectum et on lie les mésos. On incise le péritoine dans le cul-de-sac vésico-rectal.

2e *temps*. — Du côté du périnée, on décolle le rectum de bas en haut et on rejoint le cul-de-sac vésico-rectal déjà incisé. On décolle le rectum en arrière et on retire tout le rectum ainsi libéré par la plaie périnéale. On suture le périnée et enfin on établit un anus iliaque contre-nature définitif.

Avantages du procédé :

Il permet l'extirpation totale du rectum et celle des ganglions.

On n'infecte pas le péritoine ; l'opération est rapide.

Elle donne moins de délabrement que le kraske.

Le rapporteur admet que Gaudier a eu une excellente idée de combiner deux voies, la voie abdominale et la voie périnéale, pour l'extirpation totale du rectum cancéreux.

Mais M. Quénu aimerait mieux substituer à cette voie abdomino-périnéale la voie abdomino-sacrée : il terminerait l'opération par la voie sacrée.

Traitement de l'hyperchlorhydrie par le bleu de méthylène (Berthier, *Bul. méd.*, mars 1896). — Dans un premier essai, l'auteur fit prendre le bleu de méthylène en solution aqueuse et en dehors des repas, afin d'éviter le mélange avec les aliments. Dose : 100 grammes de solution à 1 p. 100 par jour. La médication était suspendue une heure avant le repas et pendant les trois heures qui suivaient. Afin d'éviter la coloration bleue de la bouche et la saveur amère du médicament, l'auteur conseilla la prise du médicament à la dose de 1 à 2 décigrammes inclus dans des capsules de gélatine, par quantités fractionnées absorbées entre les périodes digestives, pendant trois à quatre jours de suite, avec reprise lorsque les troubles fonctionnels apparaissent. Cette médication abolit les douleurs, rétablit la digestion et supprime les vomissements ; elle

est applicable aussi dans la gastralgie et dans l'hyperesthésie de la muqueuse gastrique. D'après l'auteur, l'action du bleu de méthylène sur la muqueuse de l'estomac atteint directement la cause de l'hyperchlorhydrie, soit par une influence sur les cellules glandulaires gastriques, soit par son action élective sur le plexus nerveux intra-stomacal.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Rhinoplastie par la méthode italienne (Pr Berger, *Académie de médecine*, 3 mars 1896). — A propos d'une femme chez laquelle une partie du nez avait été détruite par une lésion tertiaire, le professeur Berger insiste sur les principales conditions d'application de cette méthode qu'il a été le premier à remettre en honneur, il y a près de 20 ans. Chez cette femme, l'auteur entreprit la réparation de ces lésions et pratiqua deux opérations : 1° adaptation sur l'extrémité du nez, préalablement avivé, d'un lambeau pris au bras ; 2° formation des narines, des ailes du nez et de la sous-cloison un mois après environ. La condition essentielle du succès est la détermination minutieuse de tous les détails de la réparation avant l'opération elle-même : la forme, la direction, les dimensions des incisions doivent être rigoureusement fixées d'avance. Le lambeau doit recouvrir exactement la surface d'avivement, sans plissement ni traction. Il faut conserver tous les vestiges du nez détruit pour les faire servir à la réparation. La fixation du membre supérieur à la tête est assurée par un appareil qui permet les soins de propreté, l'alimentation. La seconde opération qui consiste à reconstituer la pointe, les ailes du nez et la sous-cloison au moyen du pédicule du lambeau doit être entreprise 15 jours environ après la section du pédicule. Il est utile, pendant un temps très long, de maintenir la béance des narines, au moyen de tuyaux métalliques introduits dans ces cavités.

Sérothérapie.

Sérothérapie dans l'alcoolisme (D[r] Toulouse, *Soc. de Biologie*, 28 mars 1896). — L'auteur a eu l'idée de faire pour les intoxications ce qu'on a déjà fait pour les infections, de rechercher des sérums doués de qualités antitoxiques. Partant de cette idée que certaines maladies infectieuses, la variole, par exemple, en se développant chez un sujet, rendaient les humeurs réfractaires à une nouvelle atteinte du poison varioleux, l'auteur a pensé que l'intoxication à haute dose par l'alcool devait éveiller une défense de l'organisme et peut-être la sécrétion de produits capables de s'opposer d'une manière quelconque à l'action de ce toxique. Il était intéressant de rechercher si le sérum d'un animal fortement alcoolisé pouvait manifester ces qualités biologiques. Le D[r] Toulouse a fait absorber à deux chiens 40 grammes d'alcool éthylique par jour durant une semaine. après quoi, il les a saignés, a recueilli leur sérum et l'a employé sur un individu atteint de délire alcoolique aigu, avec tremblement même parfois et délire hallucinatoire violent. En vingt-quatre heures et en 3 fois, il injecta 24 centimètres cubes de sérum. Dès le lendemain, dix-huit heures après une première injection, la fièvre tombait et le malade, calme, redevenait lucide. L'auteur poursuit actuellement des recherches pour savoir si son sérum a agi en tant que sérum antialcoolique ou en tant que sérum quelconque; si, dans le premier cas, il faut immuniser des animaux au point de les rendre réfractaires à des doses toxiques d'alcool, ou si, pour cela, il ne vaudrait pas mieux rechercher l'immunisation alcoolique par l'emploi des petites doses élevées progressivement.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME CENT TRENTIÈME

A

B

C

D

E

F

T

U

V

W

Z

Paris. — Imp. PAUL DUPONT, 4, rue du Bouloi (Cl.) 142.6.96.